

DE LA GROSSESSE
à la suite des interventions pour
SUPPURATIONS PELVIENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ JAUBERT

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité d'Avignon

(Concours Février 1894)

Né à Brignoles (Var), le 20 Février 1870



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAYENNE, 20

—
Juillet 1896

DE LA GROSSESSE
à la suite des interventions pour
SUPPURATIONS PELVIENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ JAUBERT

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité d'Avignon

(Concours Février 1894)

Né à Brignoles (Var), le 20 Février 1870



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juillet 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LÉPINE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.....	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricales et Accouchements.....	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....	PIERRET.
Physique médicale.....	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....	LORTET.
Anatomie.....	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....	RENAUT.
Physiologie.....	MORAT.
Pathologie interne.....	TEISSIER.
Pathologie externe.....	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MAYET.
Anatomie pathologique.....	TRIPIER.
Médecine opératoire.....	POLLOSSON (Maurice)
Médecine expérimentale et comparée.....	ARLOING.
Médecine légale.....	LACASSAGNE.
Hygiène.....	BARD.
Thérapeutique.....	SOULIER.
Pharmacie.....	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. CURTILET.	MM. MOREAU.	MM. SIRAUD.
BEAUVISAGE.	DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.
BOYER.	DOYON.	ROCHET.	CAUSSE, chargé des
CONDAMIN.	DURAND.	ROLLET.	fonctions d'agrégé.
COURMONT	GANGOLPHE.	ROQUE.	
COLLET.		ROUX.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, *Président* ; M. GANGOLPHE, *Assesseur* ; MM. POLLOSSON (A.) et CONDAMIN, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Le traitement des suppurations pelviennes a passé par bien des péripéties et des phases différentes.

A la période médicale de la gynécologie, la thérapeutique est forcément limitée ; le repos, les bains, les injections, les topiques, donnent quelques succès, mais la plupart du temps la femme est regardée comme incurable et condamnée à traîner une malheureuse existence.

Avec l'antisepsie, la chirurgie s'empare de la gynécologie et dès lors les interventions les plus radicales sont de mise.

Lawson Tait fait un véritable dogme de l'ablation des annexes par laparotomie, puis Péan propose l'hystérectomie vaginale.

Dès lors, les gynécologues se divisent en deux camps : du côté du chirurgien anglais, Richelot, Pozzi, Bouilly, Terrier, ont recours presque exclusivement à la laparotomie. Avec Péan et Second, au contraire, Reclus, Terrillon et bien d'autres enlèvent l'utérus et les annexes par la voie vaginale : c'est la castration totale.

Dans les longues discussions qui se produisent à

ce sujet dans les divers Congrès, chaque auteur apporte des statistiques en faveur de son opération de choix. La préférence accordée à telle ou telle intervention et surtout basée sur l'idée pathogénique qu'on se fait de la lésion annexielle. D'autres font entrer en considération les résultats immédiats, la cicatrice, les conditions nouvelles de statique utérine. Quant à l'avenir physiologique de la femme, il n'en est jamais question que d'une façon accessoire, le sacrifice en est fait par avance.

Les noms des promoteurs des méthodes nouvelles, le brillant de ces opérations, leur innocuité relative, grâce à l'antisepsie, enfin les résultats obtenus dans la plupart des cas devaient porter à des excès. Cela n'a pas manqué, et on a pu voir la castration complète effectuée pour des lésions justiciables d'interventions moins radicales.

Depuis quelques années cependant, un mouvement de réaction se dessine nettement contre la castration opérée par l'une ou l'autre voie. La chirurgie conservatrice est rentrée en lutte avec l'idéal très élevé de ménager au maximum les fonctions physiologiques de la femme et avec la préoccupation constante de son avenir génital.

Dolérís, qui s'est fait le grand apôtre de ce mouvement défendait ces idées au Congrès de Berlin en 1890 (1). De statistiques bien établies, il concluait qu'il y a toujours intérêt à commencer le traitement par la thérapeutique dite médicale suivie par la chi-

(1) Dolérís. L'objectif physiologique en gynécologie. Congrès de Berlin 1890. Ann. de gyn., 1890, t. II, p. 135.

rurgie minima, et ne recourir aux sacrifices définitifs qu'après échecs des autres moyens.

En 1891, il écrivait que (1) « l'idéal de la gynécologie, idéal basé sur les notions de la physiologie et de l'anatomie pathologique, est la guérison intégrale des lésions alliée à la conservation de la fonction ou à sa restauration. L'avenir, ajoutait-il, est aux plus habiles et aux mieux avisés qui guériront sans détruire; il est à ceux dont la tâche restera enfermée dans cette chirurgie conservatrice plus artistique, plus brillante, et certainement plus ardue, par conséquent plus stimulante que celle dont le seul et unique objet est l'extirpation radicale des organes. L'avenir est, en d'autres termes, aux procédés de restauration et de conservation, non à ceux de destruction. »

« Jusqu'à quel point, dit Bétrix (2), des annexes malades, des trompes hystiques, peuvent-elles être guéries par un traitement conservateur et récupérer dans la suite l'intégrité de leurs fonctions normales; en un mot, sont-ils devenus inutiles ainsi que le prétendent nombre de chirurgiens, où sont-ils, après guérison, encore aptes à la fécondation? Tel est le point important dans la question qui nous occupe. J'estime que c'est la clinique qui devra nous renseigner sur ces points encore obscurs, et tout fait nouveau doit être étudié sans parti pris. »

Chéron et Batuand dans la Revue médico-chirurgi-

(2) Doléris. La thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite. Nouv. arch. d'Obst., 1891.

(1) Bétrix. Nouv. arch. d'obstétr. juin 1894.

cale des maladies des femmes, Fraipont (de Liège),⁽¹⁾ Munde en Amérique, préconisent les méthodes conservatrices.

En s'en tenant au traitement purement médical, on risquait cependant, par peur d'aborder franchement la lésion, de perdre tous les bénéfices de la chirurgie moderne. Laparotomistes et hystérectomistes sacrifiaient irrévocablement la fonction génératrice, il y avait à craindre de tomber dans l'excès contraire en laissant de côté désormais tout traitement chirurgical direct.

Certains auteurs ont compris qu'entre la castration et le traitement minima bien souvent trop timide, il y avait place pour des interventions qui tout en s'attaquant directement au mal ne compromettaient pas le fonctionnement physiologique de l'appareil génital de la femme.

A Lyon, à la suite de M. Laroyenne, Fochier, Goullioud, Condamin, etc., font la ponction vaginale suivie de débridement.

En Allemagne, Martin, Schröder, Polk, etc., tentent des opérations conservatrices sur la trompe et l'ovaire abordés par la voie abdominale.

A Paris, Pozzi après avoir fait des résections d'ovaires, a recours à l'ignipuncture de la glande génitale.

L'ablation unilatérale des annexes abandonnée par L. Tait est reprise par de nombreux chirurgiens, qui opèrent soit par l'abdomen, soit par le vagin.

(1) Fraipont. Douze cas de grossesse après salpingo-ovarite et pelvi-péritonite suppurée.

A la suite de ces différentes interventions, des grossesses ont été notées, et si les observations complètes n'abondent pas, on en trouve de nombreux cas épars dans les travaux de gynécologie.

Ces faits de grossesse constituent la base de notre travail.

Prouver que, dans bien des cas de suppuration pelvienne, on peut détruire la lésion, guérir la femme, tout en ménageant sa fonction génératrice, en lui laissant la faculté de concevoir et de mener à bien une grossesse normale; tel est notre but.

Incidemment, nous serons amenés à montrer que, lorsque le sacrifice des deux trompes et par conséquent de la fécondité de la femme s'impose, il y a avantage à laisser en place la plus grande partie de la glande ovarienne pour permettre la persistance de la menstruation.

Nous diviserons notre travail en quatre parties.

Dans un premier chapitre nous nous efforcerons de démontrer la possibilité de la fécondation a la suite des lésions inflammatoires des annexes. Nous nous baserons pour cela sur deux ordres de faits: en premier lieu l'unilatéralité fréquente des lésions, les annexes d'un côté restant saines; en second lieu la persistance de la perméabilité des trompes atteintes de salpingite.

Les troubles qui surviennent chez la femme après la castration feront l'objet de notre second chapitre. Nous étudierons successivement les modifications anatomiques, les fonctions génitales, l'état général, enfin la mentalité de la femme privée de ses ovaires.

Le chapitre troisième comprendra une revue rapide des diverses interventions directes qui ne compromettent pas la fonction génératrice.

Enfin dans un quatrième chapitre, nous donnerons comme pièces justificatives un certain nombre d'observations de grossesses survenues à la suite de ces interventions.

Avant d'aborder notre sujet, nous prions M. le professeur Laroyenne de vouloir agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

M. le professeur Gayet n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études le plus vif intérêt, nous sommes heureux de l'en remercier ici.

A M. le professeur agrégé Condamin, nous devons l'idée première de ce travail. Il nous a guidé de ses conseils éclairés et c'est grâce à lui que nous avons pu mener à bien notre tâche. Nous ne saurions trop lui en être reconnaissants.

M. le Dr Goullioud, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph a bien voulu nous remettre son travail sur « les grossesses après salpingo-ovarites. » Nous avons tiré un large parti de ses Observations. Qu'il reçoive ici nos remerciements.

Nous n'aurions garde d'oublier les Maîtres de nos années d'internat à Avignon.

M. le Dr Pamard, chirurgien des hôpitaux et professeur d'accouchements, en nous chargeant de la préparation des élèves sages-femmes nous a facilité l'étude de l'obstétrique. Nous ne saurions

oublier ses excellentes leçons, ni les marques de sympathie qu'il nous a toujours prodiguées. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

M. le D^r Carre, chirurgien des hôpitaux, M. le D^r Blanc, médecin des hôpitaux ont été pour nous des maîtres savants et pleins de bienveillance. Nous les en remercions bien sincèrement.

Dans les relations que nous avons eues avec MM. les D^{rs} Cassin, chirurgien des hôpitaux, Villard, Taulier, médecins des hôpitaux, nous n'avons eu qu'à nous louer de leur bonté et de leurs excellents conseils. Qu'ils reçoivent ici notre hommage.

Enfin à M. le D^r Pansier, médecin-oculiste, qui a été pour nous un maître en même temps qu'un ami, nous adressons notre plus cordial souvenir.

DE LA

GROSSESSE A LA SUITE DES INTERVENTIONS

POUR

SUPPURATIONS PELVIENNES

CHAPITRE PREMIER

**Possibilité de la Fécondation
à la suite de
Lésions inflammatoires des annexes
résultant de**

A. — UNILATÉRALITÉ FRÉQUENTE DES LÉSIONS

L'unilatéralité possible des salpingo-ovarites, et la difficulté de la diagnostiquer a été pour certains laparotomistes, Bouilly ⁽¹⁾ entre autres, un argument en faveur de leur méthode contre l'hystérectomie vaginale de Péan-Segond.

Goullioud, de son côté, explique par l'unilatéralité des lésions tous les faits de grossesse présentés par lui au Congrès de Chirurgie de Lyon (1894) ⁽²⁾. Cet auteur n'admet pas, en effet, pour les trompes malades la possibilité de recouvrer leurs fonctions.

Rencontre-t-on souvent ces lésions unilatérales ?

(1) Bouilly. Société de Chirurgie, 25 février 1891.

(2) Goullioud. Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarite.

Dans les premières études publiées sur les salpingites, on avait fait presque un dogme de la bilatéralité. Les salpingites nettement infectieuses, d'origine blennorrhagique, par exemple, atteignaient toujours les deux côtés. C'était l'opinion de Bandl ⁽¹⁾, de Monprofit ⁽²⁾, etc.

L'accord ne s'est pas maintenu. Le Tait ⁽³⁾ constate qu'il n'est pas très rare de rencontrer des lésions localisées à un seul côté, et cela surtout dans les cas de salpingites purulentes.

La statistique de Martin ⁽⁴⁾ au Congrès des Naturalistes de Berlin (1886) contient un nombre considérable de cas unilatéraux. Sur 287 malades, il trouve :

- 91 fois les deux côtés pris ;
- 58 fois le côté droit seul pris ;
- 138 fois le côté gauche est seul pris.

Cette statistique, basée exclusivement sur l'examen clinique forcément imparfait, pouvait être critiquée. Mais dans son traité clinique des maladies des femmes, il a donné la statistique de ses opérations. « Vers la mi-février 1887, j'avais à mon actif 77 salpingectomies, dont 45 unilatérales et 32 doubles. » On voit que le nombre des cas unilatéraux l'emporte encore de beaucoup sur l'autre.

Delbet ⁽⁵⁾ nous fournit encore une statistique im-

(1) Bandl. Deutsche Chirurg., Lief 50, p. 8.

(2) Monprofit. Thèse de Paris, 1888, p. 36.

(3) Tait. American journal of obstetrics 1887, p. 478.

(4) A. Martin. Congrès des Naturalistes allemands, Berlin 1886.
— Traité clinique des maladies des femmes.

(5) Delbet. Des suppurations pelviennes. Paris 1891, p. 37.

portante de faits constatés de visu, soit par l'opération, soit par l'autopsie. Sur 210 observations où l'état des deux trompes est nettement indiqué :

128 fois les lésions étaient bilatérales ;

82 fois elles étaient unilatérales ;

32 fois à gauche ;

30 fois à droite ;

19 fois le côté est indéterminé.

Si le nombre de ces unilatéraux est encore, ici assez considérable, nous sommes loin cependant de la proportion indiquée par Martin.

Pichevin ⁽¹⁾ a présenté sa statistique au Congrès de Bruxelles. Dans cinq cas de salpingo-ovarite il a pu s'en tenir à n'enlever les annexes que d'un côté.

Duret et Le Bec ont fait connaître des cas semblables et il n'est pas un gynécologue qui n'ait rencontré dans sa pratique plusieurs cas de ce genre.

« Cette question est complexe, dit Delbet ⁽²⁾ dans son excellent traité des suppurations pelviennes, et on ne la tranchera pas à coup de statistique. Voici, je crois, ce qu'on peut dire de plus général sur elle. Ce sont les maladies de l'endomètre qui produisent secondairement les affections tubaires. Toute métrite infectieuse peut se propager aux trompes ; mais l'infection ne gagnera ces dernières que dans certaines conditions dont les facteurs

(1) Pichevin. Congrès de Bruxelles 1892. Nouv. archives de Gynécol. 1892, p. 413.

(2) Delbet. Loc. cit. p. 38.

sont d'une part, la virulence des agents infectieux, d'autre part, la résistance de la muqueuse tubaire. Ces deux facteurs varient naturellement dans d'énormes proportions ; mais en dehors des cas exceptionnels d'infection très violente, la virulence n'est pas telle que les trompes soient envahies d'emblée, et il faut sans doute une circonstance adjuvante pour que le conduit tubaire soit atteint. Cette circonstance nous échappe le plus souvent, mais ce peut être une béance anormale de l'orifice utéro-tubaire par suite d'une desquamation exagérée de l'épithélium, ce peut être une congestion plus intense, comme celle qui se produit du côté où un ovule se rompt, etc. Cette circonstance adjuvante peut n'agir que d'un seul côté, et alors la salpingite sera d'abord unilatérale. On ne voit pas pourquoi les salpingites seraient plus nécessairement bilatérales que les orchites d'origine uréthrale. Mais une salpingite unilatérale étant produite, la cause qui l'a engendrée, la métrite, persiste si même elle n'est pas aggravée secondairement par la salpingite ; elle persiste menaçant toujours la trompe du côté opposé et s'il survient du côté de cette trompe menacée quelques modifications qui diminuent sa résistance, elle sera envahie.

« En somme il me paraît très probable, que dans la majorité des cas, l'affection utérine se transmet d'abord à l'une des deux trompes ; et que le salpingite commencera par être unilatérale. Mais si on laisse le tout évoluer sans traitement, tôt ou tard, dans un laps de temps variable, la seconde trompe est envahie et la salpingite devient bilatérale.

Cette manière de voir est nettement confirmée par les faits. Dans certains cas où l'on a enlevé une seule trompe, l'autre étant saine, on a vu la trompe du côté opposé être envahie au bout de quelques semaines, de quelques mois ou années. D'autre part dans la grande majorité des cas où les lésions étaient bilatérales, on a noté qu'elles étaient notablement moins avancées, et manifestement plus récentes d'un côté que de l'autre.

« Avec cette manière de voir, toutes les divergences d'opinion s'expliquent d'une manière fort simple. Au début, les gynécologues ont eu naturellement à soigner un grand nombre de cas anciens. L'affection utérine avait eu le temps de se propager aux deux trompes : on a considéré l'affection comme étant ordinairement bilatérale. Puis les moyens de diagnostic s'étant perfectionnés, on a diagnostiqué des cas moins avancés où l'affection était encore unilatérale. Tait et Martin qui interviennent de bonne heure ont rencontré beaucoup de cas unilatéraux. Si dans ma statistique, ces derniers ne sont pas plus nombreux, c'est parce qu'elle renferme un grand nombre de cas anciens où les lésions n'ont été reconnues qu'après l'autopsie. En un mot, d'autant plus de cas unilatéraux que le diagnostic est plus précoce. »

Il serait intéressant de savoir dans quelles classes de lésions rentrent ces cas unilatéraux. Il résulte de l'examen des faits que plus fréquemment que toute autre forme de salpingite, la suppurée est unilatérale. C'est l'opinion de Tait qui appuie ses dires d'une

statistique concluante⁽¹⁾ : « La pyosalpingite est unilatérale relativement à l'hydrosalpingite à peu près comme 7 est à 4. L'hydrosalpingite est unilatérale relativement à l'hématosalpingite à peu près comme 4 est à 1. Je suis parfaitement convaincu de ce fait que l'hydrosalpingite est généralement symétrique : mais j'ai été profondément étonné de cet autre fait curieux, qu'on peut rencontrer une grosse pyosalpingite intimement adhérente à l'ovaire correspondant et aux organes du même côté, avec un état d'intégrité parfaite des annexes de l'autre côté. » Dans une statistique que Tait a publié sur les résultats de l'ablation unilatérale, on trouve sur 26 faits : 16 cas de suppuration (15 pyosalpinx et 1 abcès de l'ovaire. Les 10 autres cas se répartissent de la manière suivante : 2 ovarites chroniques, 4 hydrosalpinx, 4 hématosalpinx. Ces chiffres sont d'autant plus remarquables, dit Delbet, que les hydrosalpingites et les hématosalpingites sont beaucoup plus fréquentes que les pyosalpingites.

On peut donc conclure avec Delbet⁽²⁾, que les salpingo-ovarites suppurées sont plus souvent unilatérales, non seulement que chacune des autres formes de salpingo-ovarites, mais encore que toutes les autres formes de salpingo-ovarites prises en bloc.

Un autre point intéressant de la question, c'est l'état des annexes du côté opposé dans les cas de suppuration unilatérale. Terrier et Hartmann⁽³⁾ ont fait

(1) Tait. *American journal of Obst.* 1887, page 478.

(2) Delbet. *loc. Cit.* page 333.

(3) Terrier et Hartmann. *Congrès de chirurgie*, Paris 1893.

à ce sujet une communication au Congrès français de chirurgie de 1893. Sur 32 cas, ces auteurs ont trouvé 6 fois les annexes du côté opposé absolument saines, 26 fois elles étaient malades. De ces 26 cas, 21 fois l'état exact des lésions fut noté: 10 fois il s'agissait de lésions inflammatoires légères, 3 fois d'une hydrosalpingite, 1 fois d'un hématome ovarien, 1 fois d'un kyste parovarien, 6 fois de lésions scléreuses graves, résultat probable de suppurations actuellement résorbées.

Que deviennent dans les cas d'ablation unilatérale les organes sains qu'on abandonne ainsi? Dans une autre communication M. Hartmann⁽¹⁾ cite 7 cas opérés par Terrier ou par lui depuis 18 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans; les annexes saines d'un côté et laissées en place n'ont jamais été le point de départ d'aucun accident.

La plupart des auteurs ont justement insisté sur la prédilection marquée des lésions salpingiennes pour le côté gauche. Nous ne reviendrons pas sur les statistiques que nous avons citées et qui, toutes, indiquent nettement cette prédominance de la localisation à gauche. Notons seulement que les gynécologues sont loin d'être d'accord sur les chiffres, ainsi tandis que sur 63 cas unilatéraux Delbet en rencontre 30 à droite pour 33 à gauche, Martin (de Berlin), dans une statistique plus considérable, trouve 138 lésions gauches pour 58 droites.

La raison de cette localisation a échappé jusqu'ici

(1) Hartmann. Société anatomique. Annales gynée 1893, page 400.

a toute explication satisfaisante, on s'est borné à constater le fait. La déchirure du col à gauche, si fréquente dans les accouchements, a été invoquée. Peut-être serait-il à propos de faire, avec quelques auteurs, un rapprochement entre cette fréquence des salpingites gauches chez la femme, et la plus grande susceptibilité morbide du testicule gauche de l'homme (orchite, varicocèle).

Terrillon (1) enfin est peut-être le seul praticien qui n'admet pas la prédominance du point droit sur le point gauche. C'est sans doute par une série exceptionnelle qu'il faut expliquer cette divergence.

B. — PERSISTANCE DE LA PERMÉABILITÉ DES TROMPES

L'unilateralité des lésions admise dans bien des cas reste-t-elle la condition *sine qua non* de la fécondité de la femme ? Le traitement conservateur ne peut-il permettre le retour à la perméabilité, la guérison complète des trompes malades, enfin, par suite de ce retour *ad integrum*, la rencontre des germes mâle et femelle ?

Quelques faits entrevus dans le paragraphe précédent peuvent nous mettre sur la voie. A une salpingite suppurée d'un côté, répondait du côté opposé une trompe présentant déjà quelques signes de congestion et des adhérences : on a pu, dans des cas semblables, observer la grossesse.

Allons plus loin et examinons si des organes

(1) Terrillon. Leçons de clinique, p. 308.

vraiment atteints des deux côtés constituent bien un obstacle irrémédiable à toute grossesse consécutive.

Sur ce point encore, les auteurs sont devenus moins exclusifs, et si beaucoup croient encore, avec Goullioud, ⁽¹⁾ que « l'unilatéralité primitive de l'occlusion tubaire est la condition de la persistance de la fécondité », après Bétrix, Terrillon, Vuillet, Dolèris, et bien d'autres pensent que les deux trompes malades peuvent recouvrer l'intégrité de leurs fonctions.

Nous nous appuyerons sur deux sortes d'arguments : en premier lieu l'examen anatomo-pathologique de trompes malades, et en second lieu la clinique qui nous cite des cas de grossesse à la suite de pyo-salpingites doubles.

Une excellente étude des lésions macroscopiques de la salpingo-ovarite a été faite par Reymond ⁽²⁾. Nous lui emprunterons ce qui a rapport à la perméabilité des trompes.

L'auteur étudie d'abord l'état de *l'ostium uterine* et constate que l'oblitération de cet orifice peut être comprise de deux manières : où la lumière peut cesser d'exister, ou cette lumière ne livre plus passage au liquide contenu dans la trompe.

Orthmann ⁽³⁾ distingue les deux cas pour expliquer les collections tubaires.

Landau ⁽⁴⁾ dans son étude clinique des kystes tu-

(1) Goullioud. Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarites. Congrès de Chirurgie, Lyon 1894.

(2) Reymond. Remarques sur les caractères macroscopiques de la salpingo-ovarite. Annales de gyn. 1895, t. I p. 57.

(3) Orthmann. Beitrage zur normalen Histologie and zur Pathol. der tuben, Archiv. f. pathologische anat. et phys. p. 165, 1887.

(4) Landau. Centr. f. Gyn. 1892, n° 1 p. 12.

baires, reconnaît que la collection salpingienne peut se produire en l'absence d'oblitération complète.

Fournet (1) cite un cas où la lumière était remplacée par un véritable cordon fibreux sur une petite longueur.

En somme, il est admis que dans un nombre plus ou moins considérable de cas, suivant les auteurs, la lumière de la trompe a complètement disparu au niveau de l'extrémité utérine.

Reymond, au contraire, considère cette disparition de la lumière de la trompe comme étant d'une extrême rareté; dans quatre-vingt-quatorze salpingites dernières examinées par lui, il n'a pas une seule fois trouvé l'oblitération complète à l'extrémité utérine.

Dans tous les cas, l'auteur a pu faire pénétrer une fine pipette à travers l'orifice utérin en tirant sur la trompe dont les coutures internes s'effacent ainsi. La pipette brisée se remplissait alors du liquide de la collection tubaire.

En cas de difficulté des débridements sur l'enveloppe péritonéale et les parois externes de la trompe pour en redresser les courbures permettent toujours de constater la perméabilité; aussi considère-t-il les oblitérations complètes de l'*ostium utérine* comme d'une extrême rareté.

Quelles sont donc les raisons qui peuvent empêcher le liquide de l'hydro ou du pyo-salpinx de sortir par un canal dont la lumière est libre?

Elles paraissent pour l'auteur, rentrer dans une des trois catégories suivantes :

(1) Fournet. Congrès de gynécol. et d'obstétrique de Bruxelles, 1892.

1° Lésions des parois et diminution du calibre de la trompe, soit par épaissement des parois, soit par disparition de la souplesse des tissus qui se sclérosent.

2° Compression antérieure, se rencontre rarement.

3° Modifications du trajet de la lumière. La torsion est rare, mais plus fréquentes les coudures de l'extrémité utérine, très accentuées. (On a pu, sur une coupe transversale, rencontrer trois fois le canal). Ces coudures n'intéressent que la muqueuse et les couches les plus profondes des plans intermédiaires.

Quant à l'ostium abdominal, il serait plus souvent oblitéré; Reymond résume parfaitement les causes de cette oblitération.

a) Adhérences des franges entre elles, expliquées par ce fait que, en ce point une séreuse fait suite à une muqueuse.

Dans un premier temps, les franges se replient sur elles-mêmes en rentrant dans le pavillon; dans un second temps, les surfaces péritonéales une fois en face l'une de l'autre, adhèrent entre elles.

b) Adhérences du pavillon à l'ovaire qui peuvent se faire selon trois modes :

- 1° Il lui adhère par sa face péritonéale ;
- 2° Il s'abouche contre la surface ovarienne ;
- 3° Il peut s'ouvrir dans une cavité ovarienne.

c) Adhérences avec l'épiploon, le tube digestif, etc.

Nous voyons donc que pour Reymond, si, la plupart du temps l'orifice utérin n'est pas irrémédiablement oblitéré, il n'en est pas de même de l'orifice

abdominal qui, par le fait des adhérences, présente des altérations plus complexes.

Tel n'est pas l'avis de Hartmann ⁽¹⁾ qui a présenté à la Société anatomique trois faits de salpingite nettement gonococciennes sans oblitération du pavillon. Voici le résumé de ses observations :

OBSERVATION I. — Ablation bilatérale des annexes par laparotomie. — Le pavillon à gauche est inclus dans la poche suppurée, ses franges épaissies ne sont nullement accolées, recroquevillées, adhérentes les unes aux autres. *Aucune trace des diverses formes d'oblitération* décrites par Reymond.

Aspect analogue à droite.

Contrairement à l'opinion de Noeggerath, qui veut que la salpingite blennorrhagique détermine immédiatement une oblitération du pavillon, et de Noble ⁽¹⁾ qui dit, que dès que le pavillon ne s'oblitére pas, il y a péritonite généralisée, l'auteur croit qu'il n'est pas rare de voir un pavillon perméable dans la salpingite suppurée blennorrhagique.

OBSERVATION II. — Ablation bilatérale des annexes. — A droite, les annexes ne sont retenues que par quelques adhérences molles et faciles à détacher ; ovaire kystique et présentant à sa surface, lorsqu'on l'amène dans la plaie, des débris rougeâtres de petites adhérences. Trompe épaisse, bien que molle, onduleuse, vascularisée anormalement, de teinte foncée, à franges épaissies un peu revenues sur elles-mêmes ; *par l'orifice perméable du pavillon sort une goutte de pus.*

A gauche, mêmes lésions, adhérences un peu plus accentuées.

(1) Hartmann. — Société anatomique de Paris 1895. Ann. de gynéc. 1895. v. 1, p. 333.

OBSERVATION III. — Ablation unilatérale. — Du côté droit, pas d'adhérences aux annexes. L'ovaire est volumineux, polykystique; les kystes contiennent un liquide semi-transparent; petit kyste des franges. Trompe enflammée, assez rouge, un peu augmentée de volume, vaisseaux dilatés; mais comme elle est souple *et que son pavillon est perméable*, on la laisse et on se contente de faire de l'ignipuncture au niveau des kystes de l'ovaire.

A gauche, les annexes sont réunies par des adhérences peu résistantes : trompe plus volumineuse que du côté opposé; *quoique le pavillon soit perméable*, on pratique l'ablation des annexes.

Hartmann conclut ainsi : « La salpingite à gonocoques n'est donc pas aussi grave que certains auteurs l'ont dit. Elle peut passer, comme la blennorrhagie uréthrale, de la phase suppurée à la phase catarrhale et probablement à la guérison. Comme elle ne s'accompagne pas nécessairement d'une oblitération du pavillon, elle ne voue pas nécessairement les femmes à la stérilité; notre expérience nous porte cependant à croire que celle-ci est habituelle, mais elle n'est pas nécessairement constante. La castration, soit abdominale, soit vaginale, n'est donc pas indiquée, dans tous les cas de salpingite blennorrhagique. C'est à déterminer ces cas et à préciser les indications de l'intervention que doivent tendre nos efforts. La phase de la castration double immédiate dans tous les cas de salpingite double blennorrhagique nous semble aujourd'hui passée. »

(1) Noble. — Certain aspects of gonorrhœe in women. In Transact. of the American gynecol. Society Philadelphia. 1892, v. xvii, p. 143.

Nous sommes donc aujourd'hui amenés à faire quelques réserves sur les conclusions de Cornil et Terrillon⁽¹⁾ dans l'étude anatomo-pathologique qu'ils ont faite de la salpingite.

Terrillon dit encore ailleurs que l'épithélium cylindrique à cils vibratiles est conservé en grande partie dans le salpingite catarrhale mais que, dans les autres variétés, il peut être complètement détruit. Le pavillon est presque toujours oblitéré. »

Mais comment dès lors expliquer les poussées de péritonite aiguë ? Ce double fait, constaté, de l'évacuation de pus de la trompe par le pavillon, et d'autre part l'évacuation dans l'utérus, soit dans les salpingites profluentes, soit à la suite de dilatation et de curetage de l'endromètre, prouve bien la persistance possible de la perméabilité du canal tubaire.

D'ailleurs cette idée a fait du chemin.

Glasgow⁽²⁾ insiste là-dessus, mais il n'admet pas les adhérences en cas de blennorrhagie et explique l'obstruction temporaire des trompes par l'épaississement de la muqueuse.

Iomilieff⁽³⁾ étudie d'après Reymond l'état de l'épithélium tubaire : Il admet que la plupart du temps cet épithélium est obstrué. Mais puisque cette destruction épithéliale n'est pas toujours absolue, il reste la possibilité d'admettre que dans certains cas, la stérilité n'est pas fatale pour les femmes atteintes

(1) Cornil et Terrillon. Anatomie et physiol. pathologique de la salpingite Arch. de physiol. 1887. p. 345.

(2) Glasgow. Amer. gyn. et obst. Journ. nov. 1894.

(3) Iomilieff. Arch. de Tocologie. — Mars 1891.

de ces lésions de salpingite blennorrhagique ou perpuérale, surtout si elles ont été soignées de bonne heure. « Ces cas ne sont pas les plus fréquents, c'est possible, mais ils valent la peine qu'on en tienne compte. »

« On trouvera dans l'ouvrage de L. Tait, dit Pichevin dans sa thèse, la preuve qu'une malade peut avoir des poussées inflammatoires vives et de longue durée dans le petit bassin et néanmoins devenir enceinte. »

« Même dans les cas d'ovarite bien et dûment constatés, on ne doit pas désespérer de l'organe au point de vue fonctionnel. L'ovarite chronique, dit Martin, peut guérir avec retour de l'organe à l'état normal ; cela n'est pas douteux. Mes propres observations m'ont démontré qu'une ovarite chronique double ayant duré fort longtemps peut rétrocéder. et arriver à la guérison en permettant par suite la conception. Enfin pour Halliday, le chirurgien n'a pas plus le droit de châtrer une femme atteinte d'ovarite chronique qu'il ne peut enlever un testicule parce que la tunique vaginale du côté correspondant est plus ou moins épaissie à la suite d'une orchite. »

Ailleurs Martin⁽¹⁾ dit encore que tout en considérant le pronostic des salpingites comme absolument fâcheux au point de vue de la conception, certains cas lui ont démontré que non seulement la guérison locale, mais encore la conception étaient possible, malgré l'existence d'une salpingite chronique double.

(1) A. Martin. Traité des maladies des femmes. — Traduction Varnier p. 476

« J'ai traité, dit-il, les femmes dont il est question pendant près de deux ans; la tuméfaction tubaire disparut, et, ce n'est qu'après que le mal eût duré des années, que la conception eût lieu. Ce sont là des faits rares. »

Bétrix (de Genève) ⁽¹⁾ présentant une observation de grossesse survenue à la suite de salpingite double conclut que : « dans ce cas, l'une des deux trompes au moins est redevenue perméable et son revêtement épithélial s'est trouvé capable de transporter l'ovule ou le spermatozoïde qui a déterminé la fécondation. Cette observation semble fournir la preuve absolue de la possibilité, pour les trompes, de recouvrer dans certains cas, leurs fonctions normales après avoir été guéries par la ponction et ce sera pour les chirurgiens un enseignement précieux de ne pas priver des femmes jeunes d'organes qui peuvent être guéris sans en faire l'ablation. »

Vuillet ⁽²⁾ revenait dernièrement dans la Gazette Gynécologique sur la profession de foi qu'il avait faite au Congrès de Bruxelles au sujet du traitement conservateur. Il cite un cas dans lequel une malade ayant une salpingo-ovarite double guérit par *les petits moyens* qui aboutirent à l'évacuation spontanée, et devint enceinte un an après. Il en conclut que les lésions annexielles purulentes n'ont pas pour conséquence forcée l'anéantissement fonctionnel des trompes et des ovaires.

D'après cet auteur « la grossesse ectopique en

(1) Bétrix. Nouvelles arch. d'Obst. 1894. p. 252. Congrès de Rome 1894.

(2) Vuillet. Gazette gynécologique 1895, p. 353.

général et surtout la grossesse dans les kystes tubo-ovariques prouvent du reste la possibilité d'une conception dans ces organes, bien qu'ils aient subi un maximum d'altération. Il suffit qu'il persiste une parcelle de la couche ovigène, et que la trompe reste ou redevienne perméable, pour qu'une conception puisse se produire. »

Liell⁽¹⁾ cite un cas de double pyosalpinx qui se vida par l'utérus, on fit un curettage et la grossesse survint. L'auteur en conclut que l'épithélium cilié des trompes, quoique détruit par la suppuration, a pu se régénérer.

Nous ne saurions mieux faire avant de terminer l'étude de ce point que de nous appuyer sur l'opinion de Doleris⁽²⁾, celui qui, en France, a le plus écrit en faveur de la gynécologie conservatrice.

« La possibilité du fonctionnement normal de l'oviducte après une ou plusieurs atteintes d'inflammation catarrhale, même avec des déformations marquées et des sur-distensions des parois de l'organe, n'a rien de contraire au raisonnement.

« Lorsqu'un conduit comme la trompe est interposé à deux cavités (utérus et péritoine), sécrétant des fluides de densité différente, l'un muqueux, l'autre séreux, de réaction chimique différente, l'un très alcalin, l'autre neutre, et que la paroi de ce conduit est elle-même revêtue d'un épithélium à plasma peu stable, plutôt liquide que demi-liquide, il y a grande chance pour que le courant tende tou-

(1) Liell. American journal of Obst. Mars 1895.

(2) Doleris. Nouvelles archives d'Obstetrique 1892, p. 161.

jours à se maintenir. En tous cas, il y a une prédominance des conditions en faveur de son rétablissement, s'il vient à se produire une interruption passagère.

« Le rôle des déviations de l'oviducte et des déformations de son canal, dans la stérilité féminine, me paraît être de beaucoup plus important que celui des altérations matérielles des parois tubulaires.

« Or même les déviations, même les déformations, même les ectopies les plus singulières n'empêchent pas absolument la pénétration des spermatozoïdes et la fécondation anormale d'un œuf en dehors des voies naturelles ou dans le pavillon d'une trompe malade et déplacée ; témoins les cas connus de grossesse extra-utérine. Ces cas seraient plus nombreux qu'on ne le croit généralement s'il fallait se fier à certaines statistiques. Rares ou fréquents d'ailleurs, ils suffisent à montrer qu'une trompe même malade, même déviée, peut jouer son rôle physiologique. A plus forte raison, lorsque la déviation est insignifiante et la lésion légère, ce qui arrive un certain temps après le début de la plupart des oophoro-salpingites.

« De ce qui précède, je ne veux tirer qu'une conclusion : c'est la possibilité de la guérison complète, fonctionnelle, des lésions des annexes de l'utérus. »

Isaac⁽¹⁾ fait dans sa thèse un rapprochement intéressant au point de vue de l'impotence fonctionnelle

(1) Isaac. De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes. Thèse de Paris, 1895.

entre le pyosalpinx double chez la femme et l'orchite double chez l'homme. Il fait remarquer que si cette affection entraîne souvent l'atrophie de l'organe ou l'oblitération des canaux séminifères avec la stérilité comme conséquence, cette terminaison n'est pas fatale. « L'affection se termine en général par résolution en laissant *souvent* une induration persistante de la queue de l'épididyme et une oblitération des voies spermatiques à ce niveau. » (Gosselin). « Le sperme s'accumule en arrière de l'obstacle dans l'épididyme dilaté et les spermatozoïdes ne se retrouvent plus dans le canal déférent. Le testicule reste sain et peut reprendre ses fonctions. » (Brissaud). « Cette oblitération peut n'être que temporaire et disparaître au bout de six à huit mois ; elle est souvent définitive. » (Bouilly).

CHAPITRE II

Des troubles qui surviennent chez la femme après la castration

Nous croyons avoir suffisamment prouvé, en nous appuyant sur les données de l'anatomie pathologique et de la clinique, que la femme atteinte de salpingo-ovarite n'était pas un être voué nécessairement à l'infécondité, et par avance, condamné au point de vue fonctionnel.

L'étude des troubles qu'amène chez la femme la castration bilatérale fera l'objet de ce chapitre.

Nous étudierons tour à tour les modifications anatomiques, les fonctions génitales, l'état général et enfin la mentalité de cet être incomplet qu'est la femme castrée.

A) C'est Keppler ⁽¹⁾ qui a étudié avec le plus détails et de précision les **modifications anatomiques** que présente le corps de la femme privée de ses ovaires. L'auteur allemand a fait cette étude d'après 46 castrations.

Pour lui : « le diamètre conjugué du détroit supé-

(1) Keppler. Xe Congrès international de médecine de Berlin, 1890. Annales de gynécologie, 1890, p. 312.

rieur s'est raccourci peu à peu, d'autant plus que le sujet était plus jeune (?)

« L'utérus s'est également atrophié et d'une manière continue de 8 à 2 centimètres en l'espace de 10 années; pareillement le vagin est devenu plus court et plus étroit, et sa muqueuse plus pâle; les grandes lèvres se sont amincies.

« Les seins sont devenus plus petits, semblables aux seins des hommes.

« Les pigmentations brunes du mamelon, de l'aréole, etc., ont complètement disparu, aussi bien que les productions pigmentaires pathologiques. La peau elle-même est devenue remarquablement blanche.

« Pas d'altération du système pileux, ni de la voix ⁽¹⁾.

« La tendance à l'embompoint, généralement signalée, n'existe pas. »

Ce sont là, somme toute, les modifications de la ménopause et l'involution sénile prématurée.

Sokoloff ⁽²⁾ considère les ovaires comme les centres trophiques de la couche musculaire de l'utérus et explique ainsi l'atrophie de celle-ci à la suite de la castration.

L'adipose, parfois très manifeste, existerait dans un tiers des cas environ, liée à des troubles de la nu-

(1) Tout récemment (Congrès de Laryngologie, mai 1896) *Casteix* est revenu sur les rapports de la voix avec la castration. Il conclut de la même façon que *Kepler*, l'action lui ayant paru nocive seulement une fois sur ses observations. L'opération pourrait cependant nuire à la voix par les autres troubles qu'elle entraîne (congestions diverses, dyspepsies, hypochondries, etc...).

(2) *Sokoloff*. Influence de la castration ovarienne sur la structure de l'utérus. *Arch. f. Gyn.*, 1896, p. 51.

trition ⁽¹⁾. C'est la conclusion de Jayle, citée par Lissac ⁽²⁾. D'autres fois, au contraire, l'amaigrissement a été noté.

Perrin ⁽³⁾ prétend que la suppression des ovaires expose les femmes au cancer de l'utérus. Son opinion appuyée sur une statistique assez considérable a été d'ailleurs énergiquement combattue.

B) Ce sont naturellement **les fonctions génitales** qui sont le plus directement atteintes par la castration.

Nous n'insisterons pas sur la *fécondation* qui est irrémédiablement sacrifiée; c'est là-dessus que nous nous sommes basés, surtout, pour plaider en faveur des interventions moins radicales. Péan ⁽⁴⁾, traitant cette question, fait la comparaison avec l'ablation unilatérale et constate la facilité avec laquelle la fécondation s'exécute dans ce dernier cas. « Chez quelques-unes, dit-il, qui avaient été jusqu'à stériles, l'ablation de l'ovaire malade a facilité la fécondation. »

La *ménopause artificielle*, la suppression plus ou moins brusque, plus ou moins complète de la menstruation est, sinon le premier, au moins le plus apparent des symptômes fonctionnels de la castration.

(1) Lissac, Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme. Opothérapie ovarienne, thèse de Paris, juin 1896.

(2) Grammatikati, Vratch, 1831, n° 1.

(3) Perrin. Philadelph. obst. Soc. in American gyn. and Obst. Journ. Janvier 1896.

(4) Péan. Vie génitale de la femme après ablation des tumeurs du ventre. Gazette médicale de Paris, 1880.

Lors de la première époque qui suit l'opération, la menstruation se produit cependant d'ordinaire. Elle reparait dans quelques cas, une seconde fois, le plus souvent. Tout se borne là, et sauf quelques pertes sanguines, accidentelles, irrégulières, on ne note plus rien qui rappelle la menstruation périodique ⁽¹⁾.

Dans certains cas cependant la persistance anormale de la menstruation a été notée : l'explication de ce fait demeure indécise.

Pour Engelmann ⁽²⁾ il s'agit le plus souvent d'une ablation incomplète : « La persistance de la menstruation après ablation double est due à des restes du stroma ovarien laissé in situ.

Si petites soient-elles, ces portions, que les trompes de Fallope soient ou non enlevées peuvent conserver leur activité et remplacer les fonctions de l'organe entier.

On pourrait encore trouver une explication dans la possibilité de l'abandon d'un ovaire surnuméraire (De Sinéty) ⁽³⁾ ou de cotylédons accessoires (Hermann) ⁽⁴⁾. Cette dernière disposition n'est pas d'ailleurs d'une extrême rareté, Beigel l'ayant rencontré 8 fois sur 350 cas ⁽⁵⁾.

Enfin dans les cas où l'opérateur « a eu dans les mains les trompes et les ovaires bien complets »

(1) Lecaze. Résultats physiologiques de la castration totale. Thèse de Bordeaux, 1891.

(2) Engelmann. South. surg. and Gyns assoc. Nashville.

(3) De Sinéty ovaire surnuméraire. annales de gyn. t. VII.

(4) Hermann. Ovaires accessoires. Wien. méd. Woch. 1877.

(5) Beigel. cité in L. Tait Maladies de l'ovaire 1886.

(Richelot) la persistance de la menstruation ne peut s'expliquer que par cette habitude de l'organe qui résiste même en l'absence de l'excitation périodique de l'ovulation.

Cette dernière hypothèse est d'ailleurs d'accord avec ce fait que l'abolition du flux menstruel s'effectue en général progressivement. L'habitude de l'organisme suffit pendant quelque temps au maintien de la fonction, puis l'ovulation, cause excitatrice, continue à faire défaut, la menstruation s'arrête d'une façon absolue.

L'influence de la castration sur *l'appétit génital* de la femme a été diversement interprété par les auteurs.

Disons cependant que la plupart ont constaté la diminution ou même la perte des désirs chez leurs malades. C'était même là un des arguments des adversaires de L. Tait qui lui, basait son opinion contraire sur ce fait que chez la femme bien plus que chez les animaux, les manifestations de l'instinct génésique sont indépendantes de l'ovulation.

Il ne faudrait cependant pas exagérer dans ce sens, sous peine d'arriver aux conclusions vraiment excessives de Keppler (1), qui prétent que la castration ne crée aucun obstacle au mariage et qui considère le mariage avec une femme castrée comme le type idéal du mariage malthusien.

L'opinion modérée nous paraît ici la plus sage et

(1) Keppler. loc. cit.

nous admettrons que, si la plupart du temps surtout chez les femmes d'un certain âge (Keppler) l'appétit sexuel est complètement aboli, parfois chez les malades jeunes en particulier, il persiste seulement diminué ou même absolument intact ; il est exagéré chez quelques-unes. Les conclusions sont les mêmes pour le plaisir éprouvé ⁽¹⁾.

C) Les troubles généraux consécutifs à la castration ont été peu étudiés. A peine signalés par quelques chirurgiens, ils sont complètement passés sous silence par les autres qui ne paraissent pas y attacher grande importance.

Jayle ⁽²⁾ cite comme exemple le cas d'une malade qui, après ovariectomie double « éprouve des troubles nerveux assez prononcés, des bouffées de chaleur, plusieurs fois dans la journée, accompagnées de maux de tête l'empêchant de se livrer à ses occupations, elle a peu de sommeil la nuit ; elle est réveillée par des bouffées de chaleur et des sueurs abondantes ; elle présente de l'agitation ; il lui est impossible de rester en place ; dyspnée et vomissements depuis quelque temps. » Ces divers phénomènes, auxquels un examen approfondi eut sans doute permis de joindre quelques autres, n'empêchent pas de citer la malade comme « complètement guérie. »

(1) les statistiques de ce genre sont forcément sujettes à caution. C'est cependant une opinion intermédiaire qui se dégage de la plupart. Nous ne citerons que la statistique toute récente de Jayle (in thèse Lissac) qui porte sur 27 cas.

(2) Jayle. Troubles consécutifs à la castration traités par l'oothérapie ovarienne Presse médicale 9 mai 1896.

Cette différence dans la manière d'observer, explique suffisamment la diversité des appréciations sur les résultats éloignés de la castration chez la femme.

Les troubles qu'on rencontre le plus souvent sont les bouffées de chaleur, les céphalées, la rachialgie, des congestions viscérales éloignées, des hémorragies supplémentaires, parfois régulières et à rythme mensuel, des troubles circulatoires.

« Les *bouffées de chaleur* constituent assurément le phénomène le plus constant. Très fréquentes chez certaines opérées, revenant plusieurs fois dans la journée ou dans la nuit, elles se rencontrent plus rarement chez d'autres et tendent alors à affecter un rythme mensuel, apparaissant à l'époque présumée des règles.

« Chez certaines femmes, c'est une rougeur à peine sensible et passagère qui monte au visage. Chez d'autres le corps entier semble congestionné et secrète une sueur abondante pendant un temps qui peut excéder dix minutes.

« Chez le plus grand nombre, la crise dure deux ou trois minutes. La femme est prise subitement d'un sentiment de vertige, le visage se congestionne, les mains deviennent brûlantes et la sueur perle sur toute la surface du corps. La malade est obligée d'interrompre son travail elle se sent comme menacée d'une syncope, elle dénoue sa chevelure et dégraffe ses vêtements, car il lui semble qu'elle étouffe.

« La crise terminée, elle reprend son travail pendant une heure, une demi-journée, un jour une semaine etc.. sans être incommodée de nouveau.

« Les crises semblent s'atténuer avec le temps, mais peuvent durer des années. » (Thèse Lissac).

L'étude des *congestions viscérales* ne présente pas moins d'intérêt. Lissac cite l'observation très curieuse d'une opérée chez laquelle tous les mois apparaissait une bronchite caractérisée par des râles sibilants très nombreux et très forts. On a signalé des laryngites, des trachéites ; des poussées congestives du côté du foie (Baudron) ⁽¹⁾ et des seins (Baudron. Pinesse) ⁽²⁾.

La périodicité fréquente de ces phénomènes permettent de les rapprocher des hémorragies à type supplémentaire, épistaxis, hématomèses, hémoptysies, hémorroïdes, rapportés par de nombreux auteurs.

On a même signalé des cas d'éruptions périodiques de purpura coïncidant avec le moment présumé des règles.

« Tous ces troubles, dit Doléris ⁽³⁾, peuvent s'exagérer aux époques ordinaires des règles, attestant les habitudes déjà contractées par l'organisme tout entier, solidaire de la vie utérine, et dont le retentissement s'exerce même sur les organes qui paraissent en être le plus indépendants. La femme a acquis un besoin de la spoliation sanguine, à laquelle elle s'est habituée, et, parfois l'établissement spontané d'hémorroïdes ou l'emploi rationnel des purgatifs à

(1) Baudron. De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgicale des lésions bilatérales des annexes. Thèse Paris 1894.

(2) Pinesse Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie. Thèse Paris 1894.

(3) Doléris. — Nouvelles Arch. d'Obstétrique. 1893, p. 193.

époque fixe ont pu faire rentrer dans l'ordre tous les troubles auxquels nous venons de faire allusion. »

Nous n'aurons garde de passer sous silence les *troubles du système nerveux*.

La céphalée sans être très violente est continuelle, caractérisée par de la lourdeur de tête, parfois accompagnée de bourdonnements d'oreille, de vertiges.

L'insomnie est fréquente. Le sommeil est troublé par des cauchemards.

Baudron a signalé *des crises de strangulation spasmodique*.

L'asthénie neuro-musculaire se rencontre souvent. Les malades sont comme annéanties, leurs jambes ne peuvent les supporter et elles éprouvent des fourmillements, des sensations de chaleur ou de froid, parfois même de vives douleurs dans les membres. On a signalé des névralgies faciales ou lombaires.

Le *caractère* est souvent modifié, les opérées deviennent irritables, méchantes, impatientes.

La *mémoire* est généralement diminuée (Jayle cité par Lissac).

Si nous ajoutons à ce tableau les troubles dyspeptiques qui ne sont pas rares, et les palpitations cardiaques, nous pourrions avec Lissac, le considérer comme un de *ces états neurasthéniformes* avec symptômes organiques et psychiques étudiés par MM. Levillain ⁽¹⁾ et Veuillot ⁽²⁾.

Ce sont bien là les troubles qui surviennent au

(1) Levillain. — La neurasthénie, 1891.

(2) F. Veuillot. — La neurasthénie et les états neurasthéniformes. Thèse de Paris. 1896.

moment de la ménopause naturelle, avec la prédominance marquée des phénomènes congestifs, mais ces troubles tantôt à l'état isolé, tantôt réunis au complet chez une seule opérée, sont ici singulièrement exagérés. Il est à noter qu'ils sont bien plus fréquents et plus accusés chez les opérées qui n'ont plus aucun écoulement sanguin.

Leur intensité peut parfois être telle, que la vie de la malade en est profondément altérée.

D) Passons à l'**état mental** des femmes castrées. Nous avons déjà effleuré la question, en énumérant les troubles du système nerveux. Que ces troubles s'exagèrent, deviennent prédominants, et l'hystérie ou la psychose sont bien près d'être constituées.

C'est là, un point sur lequel l'accord est loin d'être fait. Voici de quelle façon Régis ⁽¹⁾ expose l'état de la question : « En Amérique, nous nous trouvons provisoirement, dit-il, en présence de deux opinions absolument contradictoires : 1° d'une part, celle du Dr Alice Bennet (de Norristown) qui, sur six cas récents d'ablation des annexes par section abdominale, aurait obtenu : dans trois cas, la guérison physique et une amélioration mentale très marquée avec probabilité de guérison ; dans un cas d'épilepsie d'origine puerpérale, l'amélioration des accidents convulsifs sans amélioration mentale correspondante ; dans un cas enfin, la mort survenue par péritonite, six jours après l'opération.

« 2° D'autre part, l'opinion du Dr Thomas Morton

(1) Régis. — Cas de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie. *Nouv. archives de gynéc.* 1893, p. 556.

qui soutient, non seulement que l'oophorectomie est incapable d'avoir un effet salulaire sur un trouble mental préexistant, mais encore qu'elle peut, chez des personnes saines jusqu'alors, déterminer l'éclosion de diverses névroses et même la folie. Il existe, en effet, déjà d'assez nombreux cas de ce genre, cités par les gynécologistes ⁽¹⁾. Le professeur Deboove ⁽²⁾ a rapporté un cas d'hystérie développée chez une femme ovariectomisée et, après lui, Desnos déclare avoir observé deux fois l'aliénation mentale à la suite d'ovariectomies. Il s'ensuivrait que l'ablation chirurgicale des annexes chez les femmes, serait une arme à deux tranchants, disposant suivant les cas le bien ou le mal, rendant aux unes la raison, et provoquant chez les autres la folie. »

Le malade dont Régis rapporte l'observation n'était pas exempt de hérédité. Elle fut prise de folie huit jours après une ovaro-salpingectomie double par laparotomie, et très améliorée par des injections de suc ovarique.

Denis (1885) ⁽³⁾, Lecaze (1895) ⁽⁴⁾, dans leurs thèses font une excellente revue générale de la question et signalent quelques statistiques.

Keith donne 10 0/0 de malades comme présentant des troubles moteurs après la castration. Coe ⁽⁵⁾

(1) Vène. — Étude sur les délires post-opératoires. Th. de Paris. 1892.

(2) Deboove. — Société médicale des hôpitaux de Paris. 18 nov. 1892.

(3) Denis. Psychoses consécutives aux opérations sur les organes génitales de la femme, thèse de Montpellier, 1889.

(4) Lacaze. Loc. cit.

(5) Coe Readings of New-York's, Ac. of med, mai-avril, 1890.

trouve cette assertion exagérée; Tait affirme n'avoir rencontré qu'un seul cas sur 271, et encore chez une prédisposée.

La communication la plus intéressante est certainement celle de Werth (de Kiel) ⁽¹⁾, qui rapporte six nouveaux cas de folie consécutive à des opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme : hystérectomie, castration, ovariectomie. Pour *trente-deux extirpations totale de matrice*, deux cas de psychose; pour cent-soixante ovariectomies, deux cas; pour *trente-six castrations*, deux cas. Cinq fois, il y eut mélancolie, une fois manie. En ce qui concerne l'époque de son apparition, la maladie s'est montrée une fois au troisième jour après l'opération, une fois au huitième jour, deux fois au bout de trois et de cinq semaines et deux fois après la sortie des malades qui avaient quitté la Clinique, l'une vingt-quatre jours, l'autre trente-huit jours après l'opération. La durée de la maladie était variable. Dans trois cas, la guérison survenait au bout de quinze jours, de quatre mois et de six à huit mois. Dans deux cas, il y a eu amélioration; une malade s'est suicidée trois mois et demi après l'opération. Dans le cas où la guérison s'est effectuée au bout de quinze jours, il s'est produit une violente exaltation avec délire. Trois des opérées avaient des antécédents héréditaires de folie et trois avaient dépassé la ménopause longtemps avant l'opération.

Werth a recueilli à ce propos, dans la littérature, vingt-quatre cas analogues aux siens.

(1) Werth. Archiv. f. Gyn., 1888, n° 32.

Etant donné l'âge avancé de trois de ses malades Werth élimine comme cause les troubles fonctionnels dus à la mutilation des organes sexuels.

C'est au contraire la seule explication que donne Landau de ces troubles psychiques. C'est aussi l'opinion de Furstner ⁽¹⁾ qui a vu une femme hystérectomisée par Herm Lossan, prise d'aliénation mentale au moment où elle attendait ses règles.

Furstner rattache cette manie aux troubles circulatoires du cerveau qui surviennent, grâce à l'impossibilité de l'organisme, d'évacuer la quantité de sang périodique habituelle.

Ce fait, que la disparition de la menstruation produit souvent, en dehors de tout traumatisme, d'une façon évidente des psychoses à marche rapide et aiguë, semble bien en faveur de cet opinion, qui met chez les femmes castrées les troubles moteurs sous la dépendance de la suppression de cette importante fonction.

L'idée que toute grossesse est désormais impossible peut encore bien jouer un certain rôle dans l'apparition d'altérations mentales chez des femmes jeunes désirant ardemment avoir des enfants.

Quant au traitement des psychoses et de l'hystérie par la castration, il paraît condamné.

Un des derniers cas publiés est celui de notre maître, le Dr Pamard, au Congrès français de chirurgie de 1895. Il s'agissait d'une religieuse cloîtrée présentant des phénomènes hystériques d'une grande intensité avec vives douleurs pelviennes, ayant résisté à

(1) Furstner. Berlin. klinische Wochenschrift, 23 août 1880.

tous les traitements. L'ablation des deux ovaires microkystiques fut suivie d'une amélioration de quelques mois, puis les troubles reparurent aussi marquées qu'avant l'opération. Dans une seconde intervention énergiquement réclamée, le chirurgien réséqua une portion de l'épiploon adhérente à la cicatrice. Cette fois encore l'accalmie ne dura que peu de mois.

Terminons en rappelant ce fait constaté par tous les auteurs que les troubles que nous venons d'étudier sont beaucoup plus fréquents et plus intenses chez les femmes jeunes que chez celles qui approchent à la ménopause. Or, nous savons que les interventions pour suppurations pelviennes portent dans l'immense majorité des cas sur des femmes jeunes.

Dans ces derniers temps, l'injection de suc ovarien (oopothérapie) a paru donner d'excellents résultats contre les troubles de la castration.

CHAPITRE III

Interventions directes ne compromettant pas la fonction

Nous avons vu jusqu'ici le retentissement fâcheux produit, la plupart du temps, par la castration absolue sur la femme privée désormais de ses fonctions.

Il résulte d'autre part des recherches anatomo-pathologiques faites ces derniers temps que les trompes malades peuvent recouvrer leur intégrité, redevenir aptes à la rencontre de l'élément mâle et de l'ovule ; à son tour la clinique est venue corroborer ces faits.

Etudions donc maintenant, d'une façon sommaire les divers traitements qui ménagent assez l'appareil génital interne de la femme pour lui permettre ses manifestations physiologiques propres : la fécondation et la grossesse.

Comme nous l'avons dit au début de ce travail, nous limiterons notre sujet. Nous laisserons de côté l'étude de ce qu'on appelle couramment les *petits moyens*, qu'on a désignés plus nettement sous le nom de *traitements indirects* : bains, repos, massage, électricité, révulsifs, enfin dilatation et curetage

utérin. Il y a là toute une gamme par laquelle bien souvent devra passer le praticien ; les récentes publications de Doléris, Fraipont, Jacobs, Isaac, etc., ont fait ressortir les avantages qu'on pouvait retirer de ces moyens.

Mais ici il ne saurait être question que des traitements portant directement sur les annexes malades.

Nous étudierons successivement :

A. Les interventions par la voie vaginale

- a) La cathétérisme de la trompe ;
- b) La ponction simple ou suivie d'injection ;
- c) L'incision simple ;
- d) L'incision en deux temps de Wiedow ;
- e) La laparotomie vaginale pour effectuer :
 - 1° L'ablation unilatérale des annexes ;
 - 2° L'attraction des annexes dans le vagin.

B. Les interventions par la voie abdominale

- a) Les opérations conservatrices (détachement des adhérences, cathétérisme rétrograde des trompes, ignipuncture, résection partielle des ovaires, etc.)
- b) L'ablation unilatérale des annexes.

A. Interventions par la voie vaginale

a) CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE

Nous ne ferons que mentionner ce mode de traitement qui paraît bien ne devoir jamais passer dans la pratique.

L'idée date de loin. En 1849, Tyler Smith (1), et plus tard Frankenhauser avaient proposé de l'em-

(1) Tyler Smith. The Lancet 1849, t. I, p. 529.

ployer le premier, comme traitement de la stérilité; le second, comme traitement des salpingites.

Notons cependant que dans la plupart des cas connus il s'agit de cathétérisme accidentel.

Le premier est de Matews Duncan ⁽¹⁾ en 1856, puis viennent les cas de Hildebrand ⁽²⁾, Pistor ⁽³⁾, Bischoff ⁽⁴⁾, Biddert ⁽⁵⁾, Gonner ⁽⁶⁾.

La plupart de ces faits ne résistent pas à l'analyse. Martin ⁽⁷⁾ les considère presque tous comme des fausses routes, et somme toute on peut se demander avec P. Delbet ⁽⁸⁾ comment des trompes dont l'orifice utérin admettait à peine un fin stylet, une soie de sanglier, ont pu livrer passage à un cathéter et même à une curette (cas de Gönner.)

Plus récemment le professeur Boursier (de Bordeaux) est revenu sur la question ⁽⁹⁾. A l'occasion d'une observation personnelle, il a fait une critique approfondie de tous les cas antérieurs à lui. Il en conclut que le nombre des faits absolument inattaquables est fort restreint. Cependant pour lui la possibilité subsiste de la pénétration de l'hystéromètre dans l'ostium utérin dilaté; il cite la salpingite profluente comme un cas favorable.

(1) Duncan. Edimb. med. Journ., juin 1856.

(2) Hildebrand. Monatsch. f. Geburtskunde, XXXI.

(3) Pistor. Berlin. Klin. Wochensch. 1870, n° 17.

(4) Bischoff. Corresp. Blatt f. schw. Aerzte, 1872, n° 19.

(5) Biddert. Berlin. Klin. Wochensch., 1877, p. 602-618.

(6) Gönner. Arch. f. gyn. 1887, vol 30, p. 119.

(7) A. Martin. Congrès de Copenhague. Arch. f. Gyn. 1884, P. 305.

(8) P. Delbet. Suppurations pelviennes chez la femme. Paris 1891, p. 309.

(9) Boursier. Du cathéter. de la trompe de Fallope. Arch. cliniques de Bordeaux 1892, nos 5 et 6.

Nous n'insisterons pas sur le danger qu'il peut y avoir à pénétrer avec une tige rigide à travers un canal étroit, souvent irrégulier, sinueux, dont les parois peuvent être rendues friables par la maladie.

b) PONCTION SIMPLE.

La ponction qui peut, dans certains cas, être d'une utilité incontestable pour le diagnostic a été aussi employée dans un but thérapeutique.

Elle a été préconisée par Simpson et récemment reprise par Tennesson ⁽¹⁾ qui le fait dans le cul-de-sac postérieur du vagin même en l'absence de fluctuation. Cet auteur emploie la ponction capillaire avec aspiration pour évacuer soit le sérum soit le pus des périmétrites.

Vuillet ⁽²⁾, Landan, Nitot ⁽³⁾ y ont ajouté le lavage de la cavité. Mais on comprend que le résultat doive être nul la plupart du temps surtout dans le cas d'affection aiguë, le pus ne tardant pas à se reformer.

c) INCISION VAGINALE.

C'est là une méthode fort ancienne. Avant l'avènement de laparotomie, on n'avait que la ressource de l'ouverture par le vagin ou le rectum. L'incision par le rectum basée sur le fait de la guérison, en général facile, des abcès s'ouvrant spontanément par cette voie, a été vite délaissée, vu les accidents presque constants qu'elle donnait par suite de la pénétration des matières fécales dans l'abcès.

(1) Hervot. Contribut. à l'étude de la périmétrite. Th. de Paris 1887.

(2) Vuillet. Gaz. méd. de Paris 1892.

(3) Nitot. Soc. obst. et gyn. de Paris, mai 1892.

L'incision vaginale a eu au contraire de nombreuses guérisons à son actif, contrebalancées par un petit nombre de déboires.

Récamiér et son élève Bourdon⁽¹⁾ avaient pratiqué l'incision large des abcès fluctuants dans le cul-de-sac postérieur, quand M. le professeur Laroyenne⁽²⁾ vint démontrer avec faits cliniques à l'appui, que l'intervention vaginale pouvait, dans nombre de cas, donner d'excellents résultats, et qu'il était pour le moins imprudent de rendre d'emblée justiciable d'une laparotomie, toute malade atteinte de suppuration pelvienne. Pendant plusieurs années le gynécologue lyonnais fut le seul à lutter contre le courant nouveau et à montrer les avantages qu'on pouvait retirer de cette méthode si simple. M. Bouilly⁽³⁾, le Dentu⁽⁴⁾, etc. en France, Fritsch⁽⁵⁾, Landáu⁽⁶⁾ en Allemagne ont depuis préconisé dans certains cas le débridement vaginal comme moyen curatif.

Enfin tout dernièrement M. Tuffier a exposé son manuel opératoire dans la thèse de son élève Rodriguez⁽⁷⁾.

Néanmoins les détracteurs sont nombreux. Pozzi⁽⁸⁾,

(1) Bourdon. Rennes médical 1841.

(2) Laroyenne. Lyon Médical 1886. — Blanc. Thèse de Lyon. 1887,

(3) Bouilly. Société de Chirurgie. — Juillet 1890.

(4) Le Dentu. Gaz. des Hôpitaux, février 1892.

(5) Fritsch. IV^e Congrès de la Société allemande de gynécol.

(6) London. Ueber Tübensäcke. — Archiv. für Gyn. 1891. — Centralbl. f. Gyn. 1892.

(7) Rodriguez. De l'incision du cul-de-sac postér. et du drain para-utérin dans les supp. et hémât. pelviens Th. Paris 1895.

(8) Pozzi. Traité de Gynécologie 1890 p. 680.

Second, Doléris, regardent le débridement comme une méthode aveugle. Delbet⁽¹⁾ n'en dit qu'un mot pour l'éliminer dans son *Traité des suppurations pelviennes* ; enfin Doyen⁽²⁾ le traite d'opération surannée.

Il suffit d'étudier les statistiques publiées par M. Laroyenne et par ses élèves pour faire justice de ces assertions. Simplicité du manuel opératoire, innocuité relative de l'intervention, enfin excellence des résultats immédiats et même éloignés, tout concourt à faire, dans bien des cas, de cette opération, l'opération de choix.

Le clinicien de Lyon se sert d'un trocart spécial, d'assez gros calibre (sonde n° 20), ouvert latéralement par une fente qui joue le rôle de la rainure directrice d'une sonde cannelée pour permettre après la ponction de guider dans le foyer un lithotome qui opère ensuite un débridement latéral de trois à cinq cent. Un tube de verre à extrémité olivaire est introduit et sert à faire des lavages antiseptiques sous une faible pression. On place ensuite une éponge à cheval sur l'ouverture, destinée à maintenir la dilatation et à empêcher toute rétention.

Pour éviter de blesser les uretères et les artères utérines ou vaginales, il faudra se conformer aux règles suivantes dans le choix du lieu de l'incision.

Tumeur postérieure : incision transversale ou verticale, dirigée selon le grand axe de la tumeur.

(1) Delbet. *Suppurations pelviennes* p. 314.

(2) Doyen. 324 opérations sur l'utérus et les annexes. *Arch. provinc. de Chirurgie* 1892.

Tumeur latérale : incision oblique en arrière et en dehors, ne dépassant pas en avant le prolongement du diamètre transversal du col. Tumeur antérieure : très petite incision transversale qu'on peut combiner avec une incision antéro-postérieure plus longue.

Munde (1) après une simple ponction aspiratrice qui a reconnu la présence du pus, va à la recherche en incisant couche par couche, le cul-de-sac vaginal postérieur et arrêtant à mesure l'hémorragie par des points de suture hémostatiques placés à l'instar de Martin dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Le foyer ouvert, il y place un tube de caoutchouc en croix qui se maintient facilement et il tasse autour de lui la gaze iodoformée. Cet auteur y joint un nettoyage très prudent avec la curette mousse. Laroyenne a signalé les dangers de cette dernière pratique en montrant que la paroi supérieure de l'abcès pelvien était généralement très friable et pouvait être dilacéré rien que par des injections un peu fortes.

Tout récemment, M. Vincent (de Lyon) a fait exposer par son élève la Bonnardière (2) un nouveau procédé qui ne diffère guère des autres que par quelques points de détail.

Ce chirurgien opère à ciel ouvert, la commissure postérieure de la vulve abaissée, le col tiré en haut.

(1) Munde. the treatement of pelvie abcès in women by incision and drainage (Amer J. of obst l XIX ptge 113.

(2) La Bonnardière. du traitement des collections pelviennes par l'élytrotomie postér. intertigamentaire, et le drainage pelvien par un drain double à pavillon d'arrêt. Ann. de gynécol. janvier 1896.

Il incise la muqueuse vaginale avec de longs ciseaux droits ou courbes spéciaux, il ponctionne la poche avec les branches rapprochées, puis les retire en écartant fortement les deux lames, de manière à dilater largement l'orifice. Après évacuation de la poche, lavage antiseptique, enfin drainage à l'aide d'un drain double à pavillon. M. Vincent a injecté souvent de la teinture d'iode dédoublée et n'en a retiré que des avantages.

d) INCISION EN DEUX TEMPS DE WIEDOW

Wiedow a proposé en 1885 d'appliquer au traitement des salpingites un procédé qui, pour les kystes du foie, a joui un moment de la faveur chirurgicale : l'incision en deux temps. Voici comment l'auteur allemand décrit l'opération (1) : « par le vagin, on fait une incision segittale du cul-de-sac de Douglas. On introduit un doigt par cette incision et on cherche si la tumeur est adhérente aux parois du bassin. Si on trouve la cavité péritonéal fermée par des adhérences, on incise la trompe. Si la cavité péritonéale est libre, on la tamponne avec de la gaze iodoformée ou sublimée, et on attend quelques jours puis on incise la tumeur salpingienne quand les adhérences se sont produites. Cette opération est indiquée dans les cas où la tumeur plonge dans le bassin et est immobilisée par des adhérences. Quand la tumeur est située devant le ligament large et s'étend plus ou moins haut du côté de la paroi antérieure du ventre, on fait de même en incisant à deux

(1) Wiedow. Zur operativer behändlung des pyosalpinx. Centr. f. Gyn. 1885, page 145.

travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart
Enfin on peut opérer par les deux voies. »

Cette intervention qui ne paraît avoir été tentée que par Wiedow ne résiste pas à un examen un peu approfondi ; en effet dans les cas simples l'incision vaginale suffit, dans les autres la laparotomie offre plus d'avantages.

e) LAPAROTOMIE VAGINALE

1° Ablation unilatérale des annexes

Si à bon droit, l'ovariotomie vaginale de Battey (1869) et de Gaillard Thomas (1870) est tombé dans l'oubli, il y lieu de réserver une place dans la Thérapeutique gynécologique à l'extirpation dans le vagin des annexes malades, notamment des pyosalpingites.

La salpingectomie vaginale elle-même n'est point nouvelle : Byford ⁽¹⁾, Picqué ⁽²⁾, Gottschalk ⁽³⁾ la pratiquent en Amérique, en France et en Allemagne, mais tous ces auteurs font des restrictions à nos sujet.

M. Goullioud ⁽⁴⁾ la considère encore comme une méthode d'exception ne l'admettant que dans les cas de lésions unilatérales, et « pour de petites salpingo-ovarites ou petites pyosalpinx, trop peu développés ou trop peu adhérents pour être débridés par le cul-de-sac de Douglas et qui se sont formés par

(1) H. Byford Amer J. of obst. avril 1888.

(2) Picqué. Thèse de Bonnecaze Paris 1889.

(3) Gottschaek. Centr. für Gyn. 1891.

(4) Goullioud. Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx. (Lyon médical 1893) Arch. de gynéc. février 1893. Congrès de Lyon 1894.

suite de l'occlusion du pavillon, sans qu'il y ait presque de péri-salpingite. »

Cependant au cours de ces dernières années Jacobs (de Bruxelles) ⁽¹⁾ a démontré que dans la plupart des cas, l'ablation d'annexes malades et simplement adhérentes était plus inoffensive par le vagin, il en a fait sa méthode de choix.

M. le professeur Laroyenne ⁽²⁾ a préconisé cette voie dans les cas de salpingo-ovarite enkystée, comme temps complémentaire du débridement vaginal.

M. Condamin ⁽³⁾ a de nouveau attiré l'attention sur cette intervention dans cette forme particulière de salpingite, et la thèse de Chatelus ⁽⁴⁾ relate un certain nombre de cas observés à la Clinique gynécologique de Lyon.

Dans les diverses publications où M. Condamin s'occupe de cette question, il signale une modification qui peut être rendue nécessaire par la friabilité des dilatations salpingiennes et par les adhérences solides qui fixent la trompe à la paroi d'enkystement. Dans ces cas il conseille de ne pas exagérer les tentatives de libération de l'organe si l'on ne veut pas s'exposer à rompre la poche d'enkystement, ou

(1) Jacobs. Bulletin de la société belge de gynécologie 15 août 1893.

(2) Laroyenne. De l'ablation par le vagin des annexes ankystées dans un foyer pelvi-périt. Ann. du gyn juillet 1893.

(3) Condamin. De l'ablation directe des annexes par le vagin dans la salpingo-ovarite enkystée. (Lyon médical 1894.)

— De la salpingo-ovariotripsie et de l'ablation des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovar. enkystée. (Congrès de Chirurgie Lyon 1894.)

(4) Chatelus. De l'ablation directe des annexes par la voie vaginale. — Thèse de Lyon 1894.

même à déchirer les parois d'une anse intestinale. L'auteur propose de faire alors le morcellement de la trompe et de l'ovaire malades entre les mors d'une pince fenêtrée. On enlève ainsi morceau par morceau les organes malades, et les quelques débris qui peuvent rester ne manquent pas de tomber dans la poche d'enkystement, d'où ils seront éliminés avec les pansements postérieurs.

Cette manœuvre constitue la *salpingo-ovariotripsie*.

On voit quels avantages offre ici la méthode du professeur Laroyenne : tandis que, par la voie abdominale, on risque de répandre dans la grande cavité péritonéale le liquide plus ou moins septique du kyste, et qu'on sera réduit après avoir enlevé les annexes à laisser une poche infectée, par la voie vaginale, on évite tous ces dangers et on parvient plus facilement sur la tumeur.

En résumé, si la plupart des cas peuvent être traités par la laparotomie vaginale, on peut dire qu'elle devient la méthode de choix pour l'ablation unilatérale des petits pyosalpinx adhérents (Goullioud) et des salpingo-ovarites enkystées (Laroyenne et Condamin).

De plus, on peut dans certains cas, où les lésions des trompes sont nettement constatées tandis que les ovaires sont indemnes, laisser en place ces derniers organes, conservant ainsi à la femme les bénéfices de la menstruation.

2^o Attraction des annexes dans le vagin.

Depuis le mois de juin 1892 M. Jaboulay (1) dans certains cas d'*annexites*, incise le cul-de-sac et attire la trompe et l'ovaire dans le vagin. Après avoir vidé les abcès, enlevé les portions malades et appliqué un pansement, il laisse ces organes dans le vagin.

Généralement ces organes modifiés remontent et, dans un cas, l'auteur a observé une grossesse chez une malade qui avait été traitée par cette méthode.

Pour M. Jaboulay les principales indications de l'attraction dans le vagin seraient : les salpingites suppurées ou kystiques, l'ovaire sclérokystique, les salpingites végétantes et les salpingites tuberculeuses.

B) Interventions par la voie abdominale

**a) OPÉRATIONS CONSERVATRICES SUR LES TROMPES
ET LES OVAIRES.**

Les tendances conservatrices se sont manifestées de bonne heure chez les chirurgiens qui abordaient les collections pelviennes par la laparotomie antérieure.

En 1885 déjà, Terrillon (2), dans un cas de salpingite catarrhale, se contente de déchirer les adhérences et de mobiliser les trompes sans les enlever ; il obtient un plein succès.

En Amérique, Polk (3) érige ces tentatives en sys-

(1) Jaboulay. Indications de la laparotomie vaginale. L'attraction des annexes dans le vagin. (Province médicale 12 octobre 1895.)

(2) Terrillon. Annales de gyn., mai 1889, p. 349, obs. VI.

(3) Polk. Amer. Journ. of Obst. 1887, p. 422 ; p. 1042.

tème. Il commence, dans les cas d'inflammation catarrhale des trompes avec adhérences à détacher les adhérences, à libérer les franges autant que possible, à remettre les trompes en place dans le bassin, après les avoir lavées. Pour empêcher la reproduction de ces adhérences, il conseille d'éloigner leurs deux extrémités en corrigeant, si c'est nécessaire, la statique pelvienne.

Munde ⁽¹⁾ accepte la tentative de Polk et propose, pour compléter la désinfection, de pousser une injection avec une solution de sublimé à 1 pour 5000 du pavillon vers l'utérus.

Les auteurs allemands sont allés plus loin. En 1889, Martin ⁽²⁾ publie dix observations de résection partielle de l'ovaire, dont une pour abcès circonscrit et sept observations de malades chez lesquels il enleva les annexes d'un seul côté, tandis que du côté opposé il détacha les adhérences, libéra la trompe, rétablit son calibre en faisant au besoin un orifice artificiel. Puis il sutura, soit le pavillon naturel, soit l'orifice artificiellement créé. Toutes les malades ont guéri, et un certain nombre sont devenues enceintes.

Skutsch ⁽³⁾, dans un cas d'hydro-salpingite réséqua l'extrémité ampullaire de la trompe et sutura la muqueuse au revêtement péritonéal : guérison.

En 1891, Martin ⁽⁴⁾ donne de nouveaux résultats et fixe l'état de la question en Allemagne.

(1) Munde, Amer. Journ. of Obst. 1888, p. 15-40, 136-158.

(2) Martin, Volkmann's sammlung klin. Vorträge, 1889, n° 343.

(3) Skutsch, III^e Congrès de Gynéc. allemande, Fribourg, 12-14 juin 1889.

(4) Martin, IV^e Congrès de la Société allemande de gynécologie, Bonne, mai 1891.

Enfin en France, Pozzi, dans une importante communication à l'Académie de Médecine (21 février 1893) expose ses idées et ses procédés opératoires. Il élimine la résection partielle de la trompe, refusant à l'oviducte malade la propriété de recouvrer ses fonctions actives. Quant à la résection partielle de l'ovaire, le savant gynécologue établit qu'elle doit être tentée toutes les fois que la trompe est saine et l'ovaire seul altéré. Cette opération conserve dès lors toute sa valeur dans les cas de kystes, de dégénérescence micro-kystique, d'ovarite chronique.

Depuis quelque temps, Pozzi substitue fréquemment l'ignipuncture à la résection partielle de l'ovaire, notamment dans les cas d'ovaires micro-kystiques et d'ovarites diffuses. Les résultats de ces interventions sont consignés dans la thèse de son élève Donnet⁽¹⁾.

Nous rappellerons ici ce que nous avons déjà fait remarquer en étudiant la laparotomie vaginale. Le chirurgien peut se trouver en face de trompes malades indépendamment de toute lésion ovarique; dans ce cas, il est évident que l'intervention à minima sera de mise la plupart du temps. En respectant les ovaires, la menstruation sera ménagée et par suite l'état général de la femme moins atteint.

b) ABLATION UNILATÉRALE DES ANNEXES.

Nous avons vu dans la première partie de ce travail, en nous basant sur des statistiques nom-

(1) Donnet. Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire. Thèse de Paris, 1895.

breuses, combien étaient fréquentes les lésions unilatérales des annexes.

Devant cette constatation les laparotomistes n'ont pas été tous d'accord sur la conduite à tenir.

A l'étranger, la plupart défendent la castration complète : c'est l'opinion de Savage ⁽¹⁾, de Van der Veer ⁽²⁾, de Gordon ⁽³⁾, etc. Pour Munde ⁽⁴⁾ « le plus sûr moyen d'obtenir une guérison absolue est d'enlever les annexes des deux côtés aussi complètement que possible. » Tait ⁽⁵⁾ lui-même après avoir systématiquement respecté les annexes du côté sain a totalement changé d'opinion. « Je suis douloureusement impressionné, dit-il, par la fréquence avec laquelle les opérations de cette sorte (unilatérales) se sont montrées absolument insuffisantes pour remplir leur but et où la maladie est revenue du côté opposé et a nécessité une seconde intervention chirurgicale. Je n'ai pas encore une base suffisante pour une conclusion définitive; mais l'opinion que j'ai maintenant formée, c'est que si une malade est suffisamment atteinte pour justifier une laparotomie et qu'un seul côté soit trouvé affecté, l'opération ne procure un bénéfice durable et complet à la malade qu'à la condition d'être bilatérale. » Avec Munde, cet auteur accorde au sujet voix délibérative.

(1) Savage. Brit med journ. 1887 page 51.

(2) Van der Veer. Am. Journ. of Obst. 1887, page 497.

(3) Gordon. Am. J. of Obst. 1887 page 1269.

(4) Munde. Am. J. of Obst 1888, page 1540

(5) Tait. On the résultats of unilateral removal of uterine appendages. Am J. of Obst. 1887, page 478

Delbet (1) a fort bien résumé l'état de la question. Il est bien évident, comme il le dit, que l'ablation bilatérale n'offre pas plus de difficultés que l'ablation unilatérale.

Mais devons-nous conclure pour cela que la castration double est le complément obligé de toute laparotomie ? certes non. Des considérations d'ordre plus élevé doivent entrer en jeu.

Presque toutes les salpingites se rencontrent à l'âge de la fécondité. C'est là un point qu'il ne faut pas oublier.

Les partisans de l'ablation bilatérale prétendent en faveur de leur intervention de choix que les organes sains ne resteront pas dans cet état et sont fatalement condamnés à plus ou moins brève échéance.

Delbet a soigneusement analysé à ce point de vue les statistiques des auteurs anglais et américains et ses conclusions sont en faveur de la castration unilatérale. « Le chirurgien dit-il, n'a pas le droit d'enlever un organe sain sous prétexte qu'il peut devenir malade. Sans doute la méthode prophylactique est la meilleure des méthodes thérapeutiques ; mais c'est singulièrement outre-passer ses bornes que de détruire les organes pour les empêcher d'être malade. Il est aisé de voir où pourrait conduire une pareille tendance si on l'admettait comme légitime. »

Cet auteur se basant sur ce fait que, toujours la salpingite est une infection propagée de la muqueuse

(1) Delbet. Loc. cit. page 341 et suivantes.

utérine, pose en principe que le traitement de la métrite devra forcément suivre, si toutefois il ne l'a pas précédée, l'ablation unilatérale des annexes.

Nous n'insisterons pas longuement sur le manuel opératoire ; c'est là une question classique et connue de tous.

On pratique une incision aussi petite que possible (huit centimètres environ) descendant jusqu'au niveau du pubis. La recherche des annexes et leur décortication se font avec les doigts seuls sans le secours de la vue. Le point de repère pour les trouver est le fond de l'utérus qu'il faut toujours rechercher en premier lieu.

La libération des adhérences étant faite, on détache la trompe et l'ovaire, ordinairement unis ensemble, de leurs attaches avec le ligament large et avec la corne utérine. Pour faciliter ce temps de l'opération, il est parfois nécessaire de diminuer le volume de la tumeur par une ponction aspiratrice. Terrillon sectionne d'abord, entre deux pinces, la partie externe du ligament large qui contient des vaisseaux assez volumineux et forme un véritable pédicule externe (Terrillon). La manœuvre est parfois rendue difficile par suite des adhérences qui peuvent exister en ce point avec l'appendice iléo-cœcal, le cœcum, l'S iliaque, le rectum. L'ovaire et la trompe libérés de leurs attaches péritonéales et le pédicule externe étant coupé, la masse mobilisée est attirée en dehors de l'abdomen, et le pédicule utéro-ovarique lié comme un pédicule ovarique ordinaire, par une double ligature enchaînée. La section

du pédicule est faite au thermo-cautère. On cautérise encore avec soin le bout de la trompe qui dépasse la ligature, afin d'y détruire tous les éléments nuisibles et susceptibles d'infecter consécutivement le péritoine.

OBSERVATIONS

a) Grossesses consécutives à l'incision vaginale

OBSERVATION I

Mangin. — Nouv. arch. d'Obstétrique, janvier 1894
(Obs. II)

Mme P..., 30 ans, observée en juin 1891, présente une poussée inflammatoire de la tempe droite, datant de deux ans. — Masse indurée à droite, immobilisant l'utérus. Fièvre tous les jours ; état général très mauvais.

Large incision du cul-de-sac postérieur ; au milieu des exsudats, on tombe sur une poche de la grosseur d'un petit œuf qui est ouverte et tamponnée. Suites très simples ; quinze jours après la malade se levait.

A la fin de 1892, nous apprenons qu'une grossesse est survenue et qu'un enfant est né à terme.

Actuellement, utérus bien mobile ; on ne perçoit plus rien dans la région ovarienne droite.

OBSERVATION II

Béatrix in Nouv. arch. d'Obstétrique, 25 juin 1894

La malade a eu quatre grossesses antérieures.

En octobre 1892, elle présente de violentes douleurs, sur-

tout à droite. Ecoulement jaunâtre. Utérus gros, immobilisé, repoussé à gauche et en avant par une tumeur du volume d'un œuf siégeant à droite et en arrière, immobile, fluctuante, ne faisant pas saillie dans le vagin, mais tombant dans le rectum.

La trompe gauche contient aussi du liquide.

Ponction vaginale de la tumeur droite le 26 octobre.

Liquide épais, sanguinolent, visqueux, lie de vin, trouble, mais sans odeur (35 gr.). Lavage de la poche. L'ovaire droit est normal.

Quatre mois plus tard (25 janvier 1893), ponction de la tumeur gauche qui contient 15 grammes de liquide séreux, transparent, jaunâtre.

Dernières règles en octobre 1893. Actuellement, au sixième mois de sa grossesse, sans malaise quelconque.

OBSERVATION III

Goullioud. — 8^e Congrès français de chirurgie, Lyon
octobre 1894, (Obs. I)

Mme N..., 24 ans, a eu un enfant il y a vingt-et-un mois, une fausse couche non soignée il y a six mois ; souffre depuis.

Derrière le col de l'utérus, à gauche, petit pyosalpinx bien net, du volume d'une petite orange, adhérent au cul-de-sac de Douglas.

Rien à droite.

Le 20 août 1889 : ponction et débridement (procédé Laroynne) par le docteur Goullioud. Un demi-verre de pus. Eponge à cheval.

Le 4 août 1893, Mme N... est accouchée en deux heures de deux jumelles. Suite de couches absolument normales.

N'a plus souffert du ventre. (7 septembre 1894).

OBSERVATION IV

Goullioud, loc. cit. (Obs II)

Mme Nic, 23 ans, a un enfant de quinze mois, avortement le 5 juin 1893.

Le 3 juillet, continue à perdre avec coliques utérines. Du côté droit du Douglas, petite tumeur fluctuante salpingée ; à gauche, simples adhérences tubaires.

Le 4 juillet, curettage utérin et débridement vaginal, par le Dr Goullioud. On tombe alors sur une coque isolable, développée aux dépens de la trompe droite, limitant la collection purulente, du volume d'une mandarine.

Suites très simples.

Le 20 juillet 1894, elle est enceinte de 4 mois 1/2, ayant une grossesse parfaite. Depuis, est accouchée normalement et à terme.

OBSERVATION V

Goullioud, loc. cit., (Obs. III)

Victorine Speg..., 30 ans, Accouchement à terme, il y a cinq ans ; le 13 mars 1891, fausse couche non soignée de quelques semaines.

Entre le 20 mars dans le service de M. Laroyenne. Collection volumineuse (tête de fœtus à terme) du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac latéral gauche. Utérus de huit centimètres fortement refoulé en avant.

Le 21 mars, débridement du Douglas, donnant un pus fluide, séreux, fétide. Eponge, puis mèches iodoformées.

La malade, sortie le 27 avril, vient encore les semaines suivantes à la consultation, se plaignant d'une certaine sensibilité du côté gauche. Sorte de plastron vaginal assez épais.

Le 14 avril 1892, un an après, la malade se présente de nouveau, très contente du résultat, ne souffrant plus. Les règles ont un retard de quinze jours.

Accouchement à terme, le 23 décembre 1892, sans complications.

N'a plus eu depuis son accouchement son ancienne douleur du côté gauche.

OBSERVATION VI

Goullioud, loc. cit., (Obs. IV)

Mme E. Bl..., III pare, présente sans cause bien déterminée une collection pelvienne, très haut placée derrière l'utérus et développée rapidement avec symptômes de pelvi-péritonite.

Débridement le 20 juillet 1892, par M. Laroyenne. Lésions diffuses dans le petit bassin à droite et à gauche. C'est à gauche et très haut derrière l'utérus que M. Laroyenne atteint une collection, probablement salpingée, d'où s'écoule un demi-verre de pus au moins. Suites très simples, apyrétiques.

En décembre, premiers symptômes de grossesse.

Accouchement le 20 août 1893. Hémorragie par inertie après la délivrance. La malade en a présenté également après d'autres accouchements.

Suites apyrétiques.

Depuis l'accouchement, aucune douleur tenant à l'ancienne affection pelvienne.

OBSERVATION VII

Goullioud, loc. cit. (Obs. V)

Mme D..., cinq enfants. Douleurs permanentes sous le côté droit depuis des mois. De ce côté du bassin, collection manifeste.

Incision par M. le professeur Laroyenne (1885), il s'écoule un liquide séro-purulent.

S'est toujours bien portée depuis.

En juillet 1891 (six ans après), accouchement normal à terme.

OBSERVATION VIII

Goullioud, loc. cit. (Obs. VI)

Mme A..., 42 ans, XI pare. Il y a un an avortement, et à la suite abcès, ouvert par M. Laroyenne.

Rechute il y a un mois. Entré à la Charité dans le service de M. Laroyenne le 4 juin 1888 avec une grosse collection piriforme, relativement mobile, à gauche de l'utérus.

Le 3 juin, débridement par le Dr Goullioud, à l'extrémité gauche du Douglas. La température tombe de 40° à 37,4.

En mars 1889, pérityphlite.

Le 26 février 1890, accouchement à huit mois, enfant mort-né (la femme aurait fait une chute).

La malade revue en mai 1891 va bien depuis son accouchement.

OBSERVATION IX

Goullioud, loc. cit. (Obs. VII)

Mme J. L..., 31 ans, IV pare, est amenée le 13 novembre 1889, dans le service de M. Laroyenne dans un état grave (39°), souffrant beaucoup, ne tolérant aucun aliment, et présentant une collection pelvienne volumineuse.

Coliques salpingées violentes depuis quatre ans. Etat aggravé depuis trois semaines.

La collection pelvienne, molle, dépressible, dédoublant un peu la cloison et proéminent du côté du rectum, remonte à gauche à plusieurs centimètres en-dessus du pubis.

Opération le 15 mai 1889 par M. Laroyenne. Sous l'influence de la pression exercée au moment de la ponction, la poche qui préomine du côté du rectum se perfora et le pus sort par l'anus.

Cependant ponction et débridement faits très en avant ont ouvert la collection du côté du vagin d'où s'écoule du pus.

Suites immédiates très simples.

Revue le 20 mai 1891, elle va tout à fait bien. Enceinte de deux mois et demi. Utérus mobile. Dans le vagin plus de cicatrice. Culs-de-sac latéraux absolument souples.

Accouchement le 5 décembre 1891, soit deux mois après son opération.

OBSERVATION X

Goullioud, loc. cit. (Obs. VIII)

Mme P..., 25 ans, primipare, reçue dans le service de M. Laroyenne le 10 décembre 1891.

Malade depuis un mois à la suite d'un retard des règles, fausse couche probable.

Débridement le 11 décembre par le Dr Goullioud, d'une poche petite et cloisonnée, à gauche du cul-de-sac postérieur (Collection tubaire ou péritubaire), pus fétide. Suites simples.

Santé excellente depuis l'opération. Accouchement normal le 14 septembre 1893.

OBSERVATION XI

Goullioud, loc. cit. (Obs. IX)

Femme Het..., 24 ans, amenée à la clinique du professeur Laroyenne le 21 mars 1892, pour infection puerpérale au huitième jour.

Collection ou plutôt induration à droite du cul-de-sac du Douglas.

Débridement vaginal : première poche artificielle, puis, petite poche lisse. Il ne s'écoule pas de liquide.

Injections intra-utérines. Suites simples malgré de grandes oscillations.

Accouchement normal à la Clinique de la Charité le 11 juin 1893.

OBSERVATION XII

Goullioud, loc. cit. (Obs. X)

Mme Ch..., 31 ans, II pare, entrée à la clinique de M. Laroyenne le 2 juin 1890.

Malade depuis sa dernière couche datant de dix mois.

Débridement vaginal : pus, hémorragie arrêtée par l'éponge à cheval, qu'on doit remettre au premier pansement à cause du retour de l'hémorragie.

Août 1894. Dans le service de M. Vincent, M. Jaboulay diagnostique chez cette malade une grossesse extra-utérine de deux mois et demi, et l'opère avec succès par la laparotomie et l'ablation de la trompe gravide.

Dans l'intervalle état passable.

OBSERVATION XIII

Goullioud, loc. cit. (Obs. XI)

Mme Chol..., 23 ans, II pare, reçue le 24 décembre 1890; dans le service de M. Laroyenne, après plusieurs mois de souffrances, d'abord modérées puis aiguës; volumineuse collection pelvienne.

Le 26 décembre, M. Laroyenne débride dans la même séance deux poches, l'une à gauche de l'utérus, l'autre à

à droite. Pus des deux côtés. Hémorrhagie assez forte arrêtée par trois éponges à cheval.

Pendant la ponction, du pus s'écoule par le rectum. Fistule vagino-rectale, qui guérit spontanément en deux ou trois mois.

Le 13 mai, débridement large d'un trajet fistuleux allant dans une poche qui se vide mal.

Fistule urétérale et le 2 juin urétérite ascendante avec douleur et fièvre.

Sortie le 3 octobre 1891, ne perdant plus ses urines qu'à des intervalles de plusieurs jours et en petites quantités.

Le 15 octobre 1892, elle va très bien, ne perd plus ses urines; enceinte de quatre mois et demi.

A la fin de sa grossesse, est apportée mourante à la Maternité de la Charité; placenta prævia.

**a) Grossesses consécutives à l'ablation unilatérale
des annexes par la voie vaginale**

OBSERVATION XIV

Doliris, in thèse Isaac, Paris 1895

Salpingo-ovarite et paramérite gauche. Bride vaginale. Cervicité. Rétroversion déterminée par la traction de la bride.

Novembre 1890. Amputation haute du col. Ablation des annexes gauches par la voie vaginale. Section de la bride.

Devenue enceinte en 1894. Fait une fausse couche à trois mois et demi par excès de fatigue et de froid.

OBSERVATION XV

Goullioud, loc. cit., obs. XIV

M^{me} Dut..., 27 ans, primipare, souffre des reins depuis son accouchement, datant de neuf ans, mais avec plus d'acuité depuis dix-huit mois. Impotente.

Utérus en rétroversion sans adhérences utérines, mais avec salpingo-ovarite gauche. Un pessaire ne peut être toléré.

La lésion semble unilatérale. On ne sent rien à droite, et la malade ne souffre qu'à gauche.

M. Laroyenne opère la malade avec le Dr Goullioud, le 30 mai 1892. Ablation facile par le vagin des annexes gauches dont le pavillon adhère au fond du bassin. Pince à demeure sur le pédicule. Eponge à cheval pour arrêter l'hémorragie.

27 novembre 1892, la malade ne ressent plus que quelques douleurs. Utérus en bonne situation sans pessaire.

En décembre 1893, accouchement normal.

OBSERVATION XVI

Goullioud, loc. cit., addendum

Femme V..., 27 ans, souffre du ventre du côté gauche, depuis sa seconde couche, il y a deux ans ; mais la douleur est devenue plus aiguë depuis quelques semaines (mars 1892).

Les annexes droites semblent normales, mais à gauche elles forment une masse du volume d'un œuf. Cas typique d'un petit pyosalpinx qui ne semble pas assez développé pour être facilement opéré par la méthode Laroyenne. Il occupe le cul-de-sac du Douglas à gauche ; contours nets. Utérus en place.

Le 2 avril 1892, M. Goullioud fait une incision transversale du Douglas au bistouri. On décolle les adhérences du pavillon. La masse est alors attirée dans le vagin où elle crève en laissant écouler du pus crémeux. Pince et section du pédicule. Léger tamponnement, éponge à cheval.

Le 24 novembre 1892, va très bien, n'a plus souffert.

Le 15 octobre 1894, revient manifestement enceinte de trois mois.

OBSERVATION XVII

Fochier et Condamin (Obs. inédite)

M^{me} D., opérée en ville par M. le professeur Fochier, assisté de M. Condamin.

Salpingite datant de plus d'une année ayant nécessité un repos au lit de plusieurs mois. Fièvre à peu près continue.

Été 1894, ponction, puis débridement sans que rien ne s'écoule malgré la présence d'une masse volumineuse. Avec le doigt on pratique la décortication partielle, avec la pince, l'ablation totale par morcellement. Suites très simples.

Mai 1895. La malade va très bien et a repris sa vie habituelle, à peine un peu d'induration au niveau de la ponction.

Depuis (fin 1895), accouchement à terme normal.

OBSERVATION XVIII

Condamin (Obs. inédite)

Anne-Marie B..., 32 ans, cinq accouchements, le dernier datant de un an.

Il y a deux ans et demie, après un accouchement, rétroversion pour laquelle elle fait un séjour de six semaines dans le service.

Depuis deux mois : douleurs lombaires, règles très abondantes.)

Entrée le 17 juin 1893 dans le service de M. Laroyenne.

Volumineuse collection dans le cul-de-sac postérieur ;
utérus en position normale.

Le 20 juin, ponction du Douglas sur la ligne médiane. Ecoulement d'une assez grande quantité de liquide séro-purulent. Dans la cavité, trompe et ovaire gros et adhérents un peu en haut : on en enlève la plus grande partie par morcellement à l'aide de pinces.

Drainage par la mèche pendant deux mois.

La malade qui n'a jamais été complètement guérie, rentre une seconde fois à la Charité en avril 1894 (métrorrhagies, douleurs pelviennes).

Ponction et débridement (20 avril). Curettage trois semaines après. Guérison très rapide.

Dernières règles fin avril 1895. Au début de sa grossesse troubles assez sérieux (vomissements prolongés, douleurs dans le côté gauche).

Ces symptômes s'amendent rapidement. Accouchement normal le 23 février à la maternité de la Charité.

**c) Grossesses consécutives aux opérations conservatrices
sur les annexes après laparotomie**

OBSERVATION XIX

Pozzi, in Thèse Donnet (obs. IV), Paris, janvier 1895

Deux grossesses antérieures.

Douleurs lancinantes, continues, accrues au moment des règles. Leucorrhée abondante. Règles tous les quinze jours. Utérus en rétroversion. A gauche et en arrière, annexes indurées, augmentées de volume, paraissant adhérentes. A

droite, cul-de-sac libre, mais annexes prolabées dans le Douglas, indurées, mamelonnées.

Le 15 mars 1893, laparotomie. Déchirure des adhérences retenant l'utérus en arrière. Ovaire gauche, kystique, incisé au thermo-cautère, cavités cautérisées. Ovaire droit, kyste folliculaire ouvert et cautérisé au thermo-cautère

Ventre-fixation. Drainage du Douglas par mèche de gaze.

Devient enceinte en décembre 1893. Accouche normalement à terme.

OBSERVATION XX

Pozzi, loc. cit., (Obs. V)

Femme stérile. — Blennorrhagie. Douleurs surtout à gauche, annexes augmentées de volume, mobiles, mais prolabées

Le 15 mars 1893, laparotomie. Neuf pointes de feu sur l'ovaire gauche et huit sur le droit. Ovaires gros, molasses, oedémateux.

Devient enceinte en 1893, mais contracte une nouvelle blennorrhagie et avorte.

OBSERVATION XXI

Pozzi, loc. cit., (Obs. VIII)

Femme VI pare. — Souffre depuis huit ans, avec irradiation dans les jambes et les reins : douleurs continuées avec exacerbation au moment des règles. Leucorrhée. Utérus en rétroversion. Ovaires gros, irréguliers, adhérents. Trompes saines.

Le 23 décembre 1893, laparotomie. Douze pointes de feu à gauche, onze à droite. Hystéropexie avec quatre points de suture.

Enceinte trois mois après l'opération. Grossesse et accouchement normaux.

d) Grossesses consécutives à l'ablation unilatérale des annexes par la voie abdominale

OBSERVATION XXII

Lawson Tait, in American Journal of Obstetrics 1886,
p. 478 (Obs. XVI)

Pyosalpingite gauche. Laparotomie et ablation des annexes malades le 15 octobre 1882.

31 janvier 1887. — Le malade n'a plus eu de symptômes pénibles. Elle va très bien depuis l'opération. Elle a eu deux enfants et en attend un autre à la fin de ce mois.

OBSERVATION XXIII

L. Tait, loc. cit. (Obs. XIX)

Pyosalpingite gauche. Ablation de la trompe et de l'ovaire de ce côté le 3 avril 1883.

La malade est maintenant réglée régulièrement sans douleurs. Elle a eu un enfant depuis l'opération.

OBSERVATION XXIV

L. Tait, loc. cit. (Obs. XXI)

Pyosalpingite droite.

Laparotomie le 29 août 1883. Ablation de la trompe droite distendue par du pus et de l'ovaire correspondant.

A un enfant dix-huit mois après. Bonne santé.

OBSERVATION XXV

Goullioud, loc. cit. (Obs. XII)

Mlle Mard.... 29 ans, reçue à la clinique gynécologique en mars 1891, souffrant du ventre depuis un an, à la suite

de fausse couche. Rétroversion adhérente, par suite de salpingo-ovarite.

Le Dr Goullioud fait la laparotomie, l'ablation des annexes gauches, seules malades et adhérentes, et la ventro-fixation.

Un an après, grossesse interrompue au troisième mois, à la suite d'un effort (femme non mariée).

Pas d'infection consécutive. Fin septembre 1894, la malade va très bien.

OBSERVATION XXVI

Goullioud, loc. cit. (Obs. XIII)

Mme Jan..., 21 ans, salpingite et rétroversion, à la suite de fausse couche.

Laparotomie par le Dr Goullioud, ablation des annexes gauches, adhérentes au fond du bassin sans grosses lésions.

Brides insignifiantes à droite : le pavillon n'étant pas obturé, les annexes droites sont laissées. Ventro-fixation.

Excellent résultat, malgré un peu de nervosisme.

Le 30 avril 1894, elle est enceinte de trois mois. Depuis, accouchement à terme.

OBSERVATION XXVII

Guillemet (Nantes) in these Aubrée. Bordeaux.

Décembre 1895. — (Obs. XVII, résumée).

M^{me} X... Accouchement ayant nécessité des manœuvres le 16 novembre 1893.

A la suite, salpingite suppurée gauche.

Le 20 décembre 1893, laparotomie, ablation de la trompe malade.

Guérison. Grossesse en octobre 1894, évoluant sans incident. Accouchement le 28 juin 1895, normal, malgré dothiénentérie légère.

OBSERVATION XXVIII

Piqué et Charrier. — Contribution à l'étude des lésions de l'ovaire et de la trompe. — Ann. de gynécol., 1893, p. 549.
— (Obs. VIII.)

Antérieurement une grossesse et deux avortements. A la suite du second, infection puerpérale. Suppuration périmétrosalpingienne. Pyosalpinx droit unilatéral.

Le 14 novembre 1891, laparotomie. A gauche, les annexes saines sont laissées en place. A droite, abcès péri-salpingien de la grosseur d'une noix. Ovaire à kystes hématiques. Trompe oblitérée, augmentée de volume, aux parois très épaissies et contenant du pus.

On enlève la trompe et l'ovaire de ce côté.

En décembre 1892, accouchement gémellaire de 7 mois; les enfants sont morts.

Grossesses consécutives à l'ablation unilatérale des annexes combinée avec des opérations conservatrices sur les annexes du côté opposé.

OBSERVATIONS XXIX

Pozzi, in thèse Donnet. — (Obs. IX), et thèse Isaac.

Tubo-ovarite gauche, ablation des annexes de ce côté. Peu après, phénomènes de périmétrite aiguë avec élévation de température. Tumeur douloureuse et résistante à droite.

Le 29 novembre 1893, laparotomie. Adhérences. Ovaire scléro-kystique. Trompe saine.

Résection d'un gros kyste ; quatre petits crevés au thermocautère.

Devient enceinte ; près du terme d'une grossesse normale le 22 mai 1895.

OBSERVATION XXX

Pozzi. — In thèse Donnet.

Femme ayant eu quatre grossesses ; présente des douleurs de ventre ; règles irrégulières.

Le 10 février 1893, laparotomie. Ablation des annexes gauches. Résection partielle de l'ovaire droit.

Accouchement normal le 12 septembre 1894.

OBSERVATION XXXI

Dayot (Rennes). — In thèse Aubrée. — Obs. XVIII, résumée.

M^{me} B..., 33 ans. Trois grossesses antérieures. Douleurs pelviennes. Annexes volumineuses. Examen très pénible.

Fin septembre 1894, laparotomie.

Ovaire droit du volume d'une orange. Gros abcès. Trompe de la grosseur du pouce ; liquide louche, épais. Abcès péri-salpingiens. Ablation des annexes.

Ovaire gauche peu volumineux, kystique. Trompe légèrement augmentée de volume, congestionnée. Ces organes sont libérés de leur adhérences. Cautérisation de l'ovaire.

Les règles reparaissent le 21 novembre 1894.

Devient enceinte dans les premiers jours de décembre.

Accouchement normal d'un enfant de 4.300 grammes le 6 septembre 1895.

OBSERVATION XXXII.

Dayot (Rennes) in thèse Aubrée. — Obs. XIX, résumée

Femme V...; antérieurement : un accouchement et une fausse couche datant de 10 mois.

En juin 1894, on diagnostique double pyosalpinx plus volumineux à droite. Sous l'influence du repos et des irrigations la tuméfaction gauche diminue.

En juillet, laparotomie. Adhérences multiples.

Ovaire droit très volumineux, gros hématome du volume d'une pomme. Trompe volumineuse, distendue. Liquide sanguinolent. Quelques cavités remplies de liquide purulent. Ablation.

Ovaire et trompe gauches libérés de leurs adhérences. Cautérisation au Paquelin de l'ovaire kystique.

Devient enceinte en mars 1895 ; la grossesse est près du terme.

CRITIQUE

En publiant les observations ci-dessus, nous n'avons pas l'intention de citer tous les cas connus de grossesse à la suite d'interventions portant sur les annexes enflammées. Ces cas sont très nombreux, la plupart à peine signalés dans les diverses publications ; beaucoup ont passés inaperçus ou n'ont pas été recherchés.

Nous avons tenu seulement à fournir quelques faits rigoureusement observés, et qui viennent à l'appui de notre thèse.

Sur trente deux observations, quinze appartiennent à M. Goullioud qui les a présentées au Congrès de Chirurgie de Lyon en 1894, quinze sont d'auteurs divers : L. Tait, Dolèris, Mangin, Pozzi, Dayot, Guillemet, Picqué et Charrier. Enfin nous devons deux observations inédites à l'obligeance de M. le professeur agrégé Condamin.

On peut voir que la plupart des interventions se présentent avec leur contingent de grossesses.

Dans vingt faits le ou les accouchements ont eu lieu normalement et à terme à la suite d'une grossesse sans incidents : Observation I, III, IV, V, VI, VII, IX, X, XI, XV, XVII, XVIII, XIX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXVI, XXVII, XXX, XXXI.

Dans quatre cas l'accouchement ne s'était pas produit encore, mais la grossesse était complètement normale, plus ou moins rapprochée du terme : Observations II, XVI, XXIX, XXXII.

L'avortement, ou l'accouchement prématuré ont été notés cinq fois (Observations VIII, XIV, XX, XXV, XXVIII.), paraissent s'expliquer le plus souvent par la misère physiologique, le surmenage des traumatismes divers ; une fois on a pu incriminer une nouvelle blénnorrhagie (Obs. XX.).

L'accouchement gémellaire a été noté deux fois : Observations III et XXVIII.

Dans presque toutes ces observations les malades avaient eu des accouchements antérieurs ; chez la plupart la puerpéralité (accouchements ou avortement) paraît être à l'origine des accidents. Il serait intéressant de savoir dans quelle proportion les interventions ont paru favoriser la fécondation et la grossesse chez des femmes jusque là stériles.

Enfin deux cas assombrissent un peu le tableau : une grossesse intra-utérine, d'ailleurs opérée avec succès (Obs. XII) et un placenta prævia qui amena la mort par hémorragie (Obs. XIII.). Y a-t-il eu rapport de cause à effet entre la suppuration pelvienne et ces

accidents? il serait difficile de se prononcer. Rappelons seulement que, pour la plupart des auteurs, les altérations des annexes paraissent favoriser la grossesse tubaire.

A côté de l'influence des salpingo-ovarites anciennes sur l'évolution et la terminaison de la grossesse, voyons ce que deviennent ces affections pelviennes sous l'effet de la gravidité et de l'accouchement.

Chez la plupart des malades, les phénomènes douloureux qui avaient pu persister jusque là s'amendent complètement; les dernières traces d'induration disparaissent. Ce fait a été noté dans plusieurs observations de M. Goullioud que nous rapportons.

Cet auteur est d'accord avec Fraipont (de Liège) (1) pour reconnaître que le ramollissement normal des tissus utérins et péri-utérins pendant la grossesse, l'ampliation progressive de la matrice, et la distension des ligaments, amènent peu à peu la déchirure des adhérences, des brides, des cicatrices pelviennes : ainsi disparaissent les derniers vestiges de l'affection primitive.

Et M. Goullioud conclut : « Nous considérons l'apparition d'une grossesse chez une malade atteinte de salpingo-ovarite, comme le plus heureux événement : c'est l'assurance d'une guérison parfaite. »

(1) Fraipont. — loc. cit.

CONCLUSIONS

- 1° En face d'une suppuration pelvienne l'intervention de choix devra ménager la fonction génératrice de la femme.
- 2° La castration peut occasionner chez la femme des troubles graves. Elle la prive, en tous cas, de son principal attribut.
- 3° La fécondation est encore possible chez la femme après la salpingo-ovarite, soit du fait de l'unilatéralité des lésions, soit que les organes malades recouvrent leur intégrité primitive.
- 4° Les grossesses consécutives aux interventions directes pour ovaro-salpingites ont paru dans la plupart des cas évoluer sans accidents et se terminer normalement.
- 5° Les interventions directes abordent la lésion, des annexes, soit par la voie vaginale : incision, ablation unilatérale ; soit par la voie abdominale : opérations conservatrices, ablation unilatérale.
- 6° Dans les cas où l'on serait obligé de sacrifier la fonction génératrice, on devrait encore essayer de conserver à la femme les bénéfices de la menstruation pour s'opposer aux troubles que provoque la ménopause prématurée.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRÉE. — De l'avenir génital de la femme après ablation unilatérale des annexes de l'utérus. Th. de Bordeaux, 1895.
- BANDL. — Deutsche chirurg., lief 50, p. 8.
- BAUDRON. — De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes. Thèse de Paris, 1894.
- BIDDERT. — Berlin. Klin. Wochensch, 1877, p. 602-618.
- BISCHOFF. — Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte, 1872, n° 19.
- BÉTRIX. — Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire. Congrès de Rome 1894.
- BOISLEUX. — De l'élytrotomie interligamentaire. Mémoires de la soc. gyn. de Paris, avril 1892.
- De la pelvi-péritonite et de son trait. VIII^e Congrès de chirurgie, Lyon 1894.
- BONNECAZE. — Thèse de Paris 1894.
- BONNET. — Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et de leur ablation par la voie vaginale. Thèse de Lyon, 1895.
- BLANC. — De l'inflammat. péri-utérine chronique avec épanchement latent. Thèse de Lyon, 1887.
- BOUILLY. — Soc. de chirurgie, juillet 1890.
- BOURDON. — Revue médicale, 1841.

- BOURSIER. — Du cathéter. de la trompe de Fallope. Archi-
ves cliniques de Bordeaux, mai 1892.
- BAUDOIN. — Thèse de Paris, 1890.
- BOLDT. — Treat. of pelv. suppur. — Journ. of Obst. 1889,
XXII, p. 262.
- BROCA. — Salpingites et abcès pelviens chez la femme.
Sem. méd. 1886. VI. 305.
- LA BONNARDIÈRE. — Du traitement des collections pelvien.
par l'élytrotomie postér. interligamentaire et le drainage
pelvien. Ann. de gyn., janvier 1896.
- CAMPBELL. — Boston M. and Surg. Journ. 1883, p. 320.
- CANU. — Résultats thérapeutiques de la castration chez la
femme. Th. de Paris, juin 1896.
- CHARUEL. — Th. de Bordeaux, 1894.
- J.-L. CHAMPIONNIÈRE. — Bull. et Mém. de la Soc. obst. et
gyn. de Paris, 1888, t. IV, p. 76.
- CHAVIN. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparo-
tomie. Th. de Paris, 1896.
- COE. — Readings of N. Yorks. Ac. of med., mai-avril 1890.
- CHATELUS. — De l'ablation directe des annexes par la voie
vaginale. Th. de Lyon, 1895.
- COMMANDEUR. — Topographie des culs-de-sac vaginaux.
Th. de Lyon, 1894.
- CONDAMIN. — De l'ablation directe des annexes par le vagin
dans la salpingo-ovarite enkystée. Lyon méd., 1894.
- De l'ablation directe des annexes par la voie vaginale.
Gaz. des Hôpit., 1895. Mercredi méd. 1895.
- De la salpingo-ovariotripsie et de l'ablation des annexes
par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite. Congrès
de Chirurg., Lyon, 1894.
- CORNIL et TERRILLON. — Anatomie et physiologie patholo-
giques de la salpingite. Arch. de physiol., 1887, p. 143.
- P. DELBET. — Des suppurations pelviennes, Paris, 1891.

- LE DENTU. — Annal. de gyn., 1890, p. 770.
Congrès de Chirurgie, Paris, 1891.
Gaz. des Hôpit., février 1892.
- DEBOVE. — Soc. méd. des Hôp. des Hôp. de Paris, 18 novembre 1892.
- DENIS. — Psychoses consécutives aux opérations sur les organes génitaux de la femme. Th. de Montpellier 1889.
- DOLÉRIS. — Nouvelles archives d'Obstétrique.
Salpingite et castration; Ann. de gyn., 1889, T. I.
- DOLÉRIS et PICHEVIN. — Introduction à la pratique gynécologique, Paris 1896.
- DONNET. — Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire, th. de Paris, 1885.
- DUNCAN. — Edimb. med. J., juin 1856.
- DOYEN. — 324 opér. sur l'utérus et les annexes, Arch. prov. de Chirug., 1892.
- ENGELMANN. — South. surg. and Gyn. assoc. Nashville, nov. 1889.
- FOURNET. — Congrès de gyn. et d'obst. de Bruxelles, 1892.
- FRAIPONT. — Douze cas de grossesse après salpingo-ovarite. Ann. de la Soc. médico-chirurgicale de Liège, 1894.
- FURSTNER. — Berlin klinisch Wochens., 23 août 1880.
- FRITSCH. — IV^e Congrès de la Soc. allem. de Gyn.
- GÖNNER. — Arch. f. gyn. 1887, v. 30, p. 119.
- GORDON. — Am. J. of. Obst. 1887, p. 1269.
- GOTTSCHALK. — Centr. f. gyn. 1891.
- GOULLIoud. — Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx. Lyon méd. nos 5 et 6, 1893.
— Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarites, 8^e Congrès français de Chirurg., Lyon 1894.
— Débridement vaginal de la périmétrite chronique, 4^e Congrès franç. de Chirurg., 1893.
— Arch. de Tocol, 1893.

- GLASGOW. — Amer. gyn. and. obst. J. nov. 1894.
- HILDEBRAND. — Monatsch. f. Geburtskunde XXXI.
- HERVOT. — Contribution à l'étude de la périmétrie (Thèse de Paris, 1887).
- IOMILIEFF. — Arch. de Tocol, mars 1891.
- ISAAC. — De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes (Th. de Paris, 1895).
- HARTMANN. — Soc. anat. de Paris, 1895. Ann. de gyn., 1895, t. I, p. 333.
- HERMANN. — Ovaires accessoires. — Wien. med. Voch., 1877.
- KEPPLER. — 10^e Congrès internat. de médecine, Berlin, 1890. — Ann. de gyn., 1890, p. 312.
- JABOULAY. — Indications de la laparotomie vaginale. L'attraction des annexes dans le vagin. (Province médicale, 12 octobre 1895).
- JACOBS. — Bulletin de la Soc. belge de gyn., 15 août 1893.
- JAYLE. — Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme. (Presse médicale, 9 mai 1896).
- LACAZE. — Résultats physiolog. de la castration totale (Th. de Bordeaux, 1891).
- LANDAU. — Centr. f. gyn., 1892, n^o1, p. 11.
- LAROYENNE. — Lyon médical, 1886, t. 51, p. 240. — De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus, enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite. (Ann. de gyn. juillet 1893).
- LÉON. — Thèse de Lyon, 1894.
- LIELL. — Am. journ. of Obst, mars 1895.
- LEVILLAIN. — La Neurasthénie, 1891.
- LISSAC. — Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme. Opothérapie ovarienne. (Th. de Paris, juin 1896).

- A. MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes. — Congrès des natural. allemands, Berlin, 1886. — Congrès de Copenhague. (Arch. f. gyn., 1884, p. 305). — Volkmann's sammlung klin. Vorträge, 1889, n° 343.
- MANGIN. — Nouv. Arch. d'Obs., janv. 1894.
- MONPROFIT. — Thèse de Paris, 1888.
- MUNDE. — Am. journ. of Obst., 1888, p. 15 à 40, 136 à 155. — Am. j. of Obst., février 1886.
- NOBLE. — Certain aspects of gonorrhea in women, in Transact. of the Amer. gyn. Society Philadelphia, 1892.
- ORTHMANN. — Beitrage zur normalen Hist. and zur Pathol. der tuben. (Arch. f. pathologische anat. et phys., 1887, et Centrablatt f. Gyn., 1892, n° 1).
- OLSHAUSEN. — Ann. de gyn., 1890, t. II, p. 246.
- PEAN. — Vie génitale de la femme après ablation des tumeurs du ventre.
- PISTOR. — Berlin. Klin. Wochensch. 1870, n° 17.
- PARVIN. — Philadelph. obst. Soc. in Am. J. of Obst, janv. 1896.
- POLK. — Amer. j. of Obst., 1887.
- PAMARD. — De l'inutilité de la castration comme traitement curateur de l'hystérie chez la femme. Congrès de Chirurgie, Paris 1895.
- POZZI. — Traité de gynécologie. — Comptes rendus de l'Académie de Médecine, 21 février 1893.
- PINESSE. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes par la laparotomie, th. Paris 1894.
- PÉAN. — Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et ses annexes. Ann. de gyn. 1890, II p. 150.
- PICHEVIN. — Congrès de Bruxelles 1892, in nouv. arch. de gyn., 1892, p. 413.

- REGIS. — Cas de folie consécutif à une ovaro-salpingectomie, *Nouv. arch. de gyn.* 1893, p. 556.
- REYMOND. — Remarques sur les caractères macroscopiques de la salpingo-ovarite. *Ann. de gyn.* 1895, t. I.
- RICHELOT. — Congrès français de Chirurgie, Paris 1891.
- SECOND. — *Traité de Chirurgie Duplay-Reclus*, t. VIII.
— Congrès de Chirurgie, Paris 1891
- DE SINETY. — Ovaires surnuméraire. *Ann. de gyn.*, t. VII.
- SOKOLOFF. — Influence de la castration ovarienne sur la structure de l'utérus. *Arch. f. gyn.* 1896, p. 51.
- RODRIGUEZ. — De l'incision du cul-de-sac postér. et du drainage para utérin dans les suppurations et hématomes pelviens. *Th.*, de Paris, 1895.
- SAVAGE. — *Brit. med. jour.* 1887, p. 51.
- SKUTSCH. — 8^e congrès de gynécol. allemande. Fribourg, 1889
- TERRIER et HARTMANN. — Congrès de chirurgie, Paris 1893.
- TISSIER. — De la castration de la femme en chirurgie. — *Th.*, de Paris 1885.
- TERRILLON. — *Ann. de gyn.*, mai 1889, page 349.
- TAIT. — On the résultats of unilateral removal appendages.
— *In Am. j. of obst.*, 1871. — Congrès de chirurgie, Paris, 1891.
- TYLER SMITH, — *The lancet*, 1849, t. I, p. 523.
- TILLAUX. — *Traité de chirurgie clinique.*
- VALLAS. — *Traitement des suppurations pelviennes.* — Province méd., 1891.
- VAN DER VER. — *Am. j. of obst.*, 1887 p. 497.
- VÈNE. — *Etude sur les délires post opératoires.* — *Th.* de Paris, 1891.
- VEUILLOT. — *Neurasthénie et états neurasthéniformes.* — *Th.* de Paris, 1896.

VUILLET. — Gazette médicale de Paris, 1892. — Gaz. gynécolog., 1895.

S. Wels. — Lancet, 1859, p. 512.

WERTH. — Arch, f. gyn., 1888, n° 32.

WIEDOW. — Zur operativer Behandlung des pyosalpinx in Centr. f. Gyn., 1885, p. 145.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR

G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 6 juillet 1896.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I — Possibilité de la fécondation à la suite de lésions inflammatoires des annexes. — A) Fréquence de l'unila- téralité des lésions.....	13
B) Persistance de la perméabilité des trompes.....	20
CHAPITRE II — Des troubles qui surviennent chez la femme après la castration. — A) Mo- difications anatomiques.....	32
B) Fonctions génitales.....	34
C) Etat général.....	37
D) Etat mental.....	41
CHAPITRE III — Des interventions directes qui ne compromettent pas la fonction.....	46
A) Voie vaginale.....	47
B) Voie abdominale.....	57
CHAPITRE IV — Pièces justificatives. Observations de grossesses survenues à la suite de ces interventions.....	65
CONCLUSIONS.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	87

